

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



Tesis

**DIMENSIONES DE SOCIALIZACION PARENTAL Y
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE
QUINTO GRADO DE EDUCACION SECUNDARIA EN
INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DE
CAJAMARCA**

Autores:

Bach. MUJICA VARGAS, Luz Marimar

Bach. VILLANUEVA GUTIÉRREZ, Jenny

Asesor:

Mg. Luis Fernando Guerra Peralta

Cajamarca – Perú

Julio – 2019

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**DIMENSIONES DE SOCIALIZACION PARENTAL Y
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE
QUINTO GRADO DE EDUCACION SECUNDARIA EN
INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DE
CAJAMARCA**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para el Título
Profesional de Licenciada en Psicología

Autores:

Bach. MUJICA VARGAS, Luz Marimar

Bach. VILLANUEVA GUTIÉRREZ, Jenny

Asesor:

Mg. Luis Fernando Guerra Peralta

Cajamarca – Perú

Julio – 2019

COPYRIGHT © 2019 by
LUZ MARIMAR MUJICA VARGAS
JENNY VILLANUEVA GUTIÉRREZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO

PROFESIONAL DE LICENCIADAS EN PSICOLOGIA

“DIMENSIONES DE SOCIALIZACION PARENTAL Y

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE QUINTO

GRADO DE EDUCACION SECUNDARIA EN INSTITUCIONES

EDUCATIVAS ESTATALES DE CAJAMARCA”

Presidente : Dr. Juana Dalila Huaccha Álvarez

Secretario(a) : Mg. Lucia Esaine Suarez

Asesor : Mg. Luis Fernando Guerra Peralta

A:

Mis padres, por acompañarme y motivarme en todo este proceso de formación profesional. Por ayudarme a cumplir todos mis sueños.

MARIMAR

A:

A mi amada madre, que nunca se detuvo ante los obstáculos para poder brindarme amor y educación. A la luz que guía mi camino, mi mayor motivación, mi querida

Ammi Daniela.

JENNY

AGRADECIMIENTO:

- En primer lugar, agradecemos a Dios, por habernos guiado y protegido, todo lo que hemos alcanzado es el resultado de su ayuda.
- A nuestros padres por su apoyo incondicional y su confianza depositada en nosotras, siendo nuestra mayor motivación para alcanzar nuestros sueños.
- A nuestro asesor Luis Fernando Guerra Peralta, por recorrer con nosotras este camino, brindándonos su confianza y motivándonos a seguir obteniendo nuevos logros.
- Así mismo, el agradecimiento a la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo y todos nuestros docentes que formaron parte de este proceso de formación académica, con sus sabios conocimientos forjaron las personas que actualmente somos.

RESUMEN

Esta investigación, tiene como principal objetivo, identificar la relación entre las dimensiones de los estilos de socialización parental y sintomatología depresiva en estudiantes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca.

Se contó con una muestra de 296 adolescentes entre 15 a 16 años de quinto grado de educación secundaria matriculados en el año 2018.

Los instrumentos utilizados fueron, la Escala de Estilos de Socialización Parental (ESPA 29) de Musitu y García (2001) y el Inventario de Depresión de Beck II. Se consideró un análisis descriptivo para las frecuencias y porcentajes y para determinar la relación entre las principales variables se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman.

Los resultados muestran que no existe relación significativa de la dimensión aceptación/implicación con la sintomatología depresiva, ($p=.221$) en madres y ($p=.879$) en padres. Sin embargo, se evidencia una relación directa ($.120^*$) con un valor de significancia ($p=.039$) de la dimensión coerción/imposición paterna con la sintomatología depresiva. El Estilo parental predominante fue el Autorizativo (63.5%) en madres y (54.4%) en padres. El (47%) de adolescentes, presentó sintomatología depresiva.

Palabras Clave: Dimensiones de socialización Parental, Sintomatología Depresiva, adolescentes, secundaria, Cajamarca.

ABSTRAC

The main objective of this research is to identify the relationship between the dimensions of parental socialization and depressive symptomatology styles in students in fifth grade of secondary education in State Educational Institutions of Cajamarca.

There was a sample of 296 teenagers between 15 and 16 years of fifth grade of secondary education enrolled in 2018.

The instruments used to collect information were, the Scale of Parental Socialization Styles (ESPA 29) of Musitu and García (2001) and the Beck II Depression Inventory. A descriptive analysis for frequencies and percentages was considered, while Spearman's Rho non-parametric correlation coefficient was used to determine the relationship between the main variables.

The results show that there is no significant relationship between the acceptance / implication dimension and depressive symptomatology, ($p = .221$) in mothers and ($p = .879$) in fathers. However, there is a direct relationship (.120 *) with a value of significance ($p = .039$) of the coercion / taxation dimension with depressive symptomatology. The predominant parental style was the Authorization (63.5%) in mothers and (54.4%) in fathers. (47%) of adolescents presented depressive symptomatology.

Keywords: Dimensions of Parental Socialization, Depressive Symptomatology, adolescents, secondary, Cajamarca.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO:	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRAC	viii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.....	xi
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I.....	14
2.1 Planteamiento del Problema	15
2.2 Enunciado del Problema.....	18
2.3 Justificación de la Investigación.....	18
2.4 Objetivos de la Investigación	19
1.4.1 Objetivo General	19
1.4.2 Objetivos Específicos:.....	19
CAPÍTULO II	20
2.1 Antecedentes de Investigación	21
2.1.1 Internacionales.....	21
2.1.2 Nacionales	24
2.1.3 Locales.....	26
2.2 Bases Teóricas	26
2.2.1 Adolescencia	26
2.2.2 Socialización Parental	32
2.2.3 Depresión, según el Enfoque Cognitivo de Aron Beck	43
2.3 Definición de términos básicos	52
2.4 Hipótesis de Investigación.....	53
2.5 Definición Operacional de Variables	54
CAPÍTULO III.....	56
3.1 Tipo de Investigación	57
3.2 Diseño de Investigación	57
3.3 Población, muestra y unidad de análisis.....	57
3.3.1 Población:.....	57
3.3.2 Muestra:.....	57
3.3.3 Unidad de Análisis	58
3.4 Instrumento de recolección de datos	58
3.4.1 Escala de Estilos de Socialización parental en la adolescencia (ESPA29).....	58

3.4.2	Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II).....	59
3.5	Procedimiento de recolección de datos	61
3.6	Análisis de datos.....	61
3.7	Consideraciones éticas.....	63
CAPÍTULO IV		64
4.1.	Análisis de resultados	65
4.1.1.	Estilos de Socialización Parental.....	65
4.1.2.	Sintomatología Depresiva	66
4.1.2.1.	Sintomatología Depresiva Según Sexo.	67
4.1.3.	Análisis Correlacionales.....	67
4.2.	Discusión de Resultados.....	71
CAPÍTULO V		78
5.1.	Conclusiones.....	79
5.2.	Recomendaciones	80
REFERENCIAS		81
ANEXOS.....		93
ANEXO A.....		94
ANEXO B		96
ANEXO C.....		97
ANEXO D.....		99
ANEXO E		100
ANEXO F.....		104
ANEXO G.....		105
ANEXO H.....		106
ANEXO I		115

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1. Efectos de los estilos parentales en los hijos.....	44
Tabla 2. Errores cognitivos en la depresión según la teoría de Beck.....	48
Tabla 3. Proporción de estudiantes según sexo.....	60
Tabla 4. Correlación y significancia de la dimensión aceptación/implicación según estilo materno y sintomatología depresiva	70
Tabla 5. Correlación y significancia de la dimensión coerción/imposición según estilo materno y sintomatología depresiva	71
Tabla 6. Correlación y significancia de la dimensión aceptación/implicación según estilo paterno y sintomatología depresiva	72
Tabla 7. Correlación y significancia de la dimensión coerción/imposición según estilo paterno y sintomatología depresiva	73
Gráfico N° 1. Modelo de Socialización Bidimensional y sus tipologías	40
Gráfico N° 2. Estilos de socialización materno en adolescentes de Cajamarca	67
Gráfico N° 3. Estilos de socialización paterno en adolescentes de Cajamarca	68
Gráfico N° 4. Niveles de sintomatología depresiva en adolescentes	68
Gráfico N° 5. Niveles de sintomatología depresiva según sexo	69

INTRODUCCIÓN

La Adolescencia es una etapa vital del desarrollo humano, que implica importantes cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos y psicosociales. Durante este proceso, el individuo tiene que superar y enfrentar diferentes riesgos a los que está expuesto y en los que la familia juega un papel vital para sobrellevar o superar problemas como la depresión en esta etapa, puesto que la depresión es considerada la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes, actualmente (OMS, 2014). Es por ello que esta investigación tiene como objetivo indagar sobre la influencia de los estilos de socialización parental en la sintomatología depresiva en adolescentes de quinto grado de educación secundaria de Cajamarca, y así mostrar información relevante que sirva como antecedentes de futuras investigaciones en nuestra ciudad, con la finalidad de contribuir a mejorar el bienestar integral de los adolescentes, así como las relaciones familiares en nuestra ciudad.

La presente investigación está estructurada por capítulos, para una mejor comprensión.

En el capítulo I, contiene el planteamiento del problema, así como la justificación y los objetivos tanto general como específicos.

En el capítulo II, se aborda los antecedentes que contienen investigaciones previas de esta temática tanto a nivel internacional, nacional y local. En este capítulo también se describe los conceptos teóricos: el marco conceptual e hipótesis, es aquí donde se describen las variables, dimensiones de socialización parental, y sintomatología depresiva.

En el capítulo III, se expone el método de esta investigación, especificando el tipo y diseño de estudio, así como también la población, muestra y unidad de análisis. Posteriormente se describe a detalle los instrumentos que se tuvieron en cuenta para la recolección de datos, también se describe el procedimiento que se tuvo en cuenta para el análisis de los datos y las consideraciones éticas en este estudio.

En el capítulo IV, Análisis y Discusión de resultados, se presentan los resultados que responden al objetivo general y objetivos específicos, así mismo, contiene la discusión de la investigación, la que nos permite corroborar y analizar datos con investigaciones previas, además teniendo en cuenta el marco teórico y los objetivos planteados.

Finalmente, en el capítulo V, Conclusiones y Recomendaciones, se especifica de manera puntual las conclusiones de este estudio y las recomendaciones que facilitarán futuras investigaciones con respecto a las variables en cuestión.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Los primeros estudios que surgieron con respecto a la depresión explicaban que este problema era un padecimiento de la población adulta, no obstante, fue desde el año 1971 en el IV congreso de la Unión de Paidopsiquiatras europeos, donde diversos especialistas exponen que los niños y los adolescentes también padecen de depresión (Diez, 2003). Posteriormente según la acotación de Huberty (2012) por lo general en la etapa de la adolescencia se da inicio la sintomatología depresiva. En este mismo sentido autores como Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008) explican que un adolescente con depresión, es más propenso a consumir drogas, tener embarazos a temprana edad, y también pueden ser más violentos con otros y consigo mismo como consecuencia muestran más conductas suicidas. Es evidente entonces lo que señala Mellin y Beamish (2002) cuando añaden que la depresión afecta más a un niño y adolescente que a un adulto que posee el mismo padecimiento.

Con referencia a los planteamientos anteriores, la Organización mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que 300 millones de personas en el mundo son afectados por la depresión, de las cuales existen 800 000 casos de suicidio al año, a esto añade que el suicidio sería la segunda causa de muerte en los jóvenes de 15 a 29 años. De igual manera las estadísticas nacionales advierten en cuanto a las cifras de salud mental que un 70% de los casos atendidos son menores de 18 años, cuyos trastornos más frecuentes serían la depresión o ansiedad asociados a los problemas familiares y de conducta (Cutipe, 2018).

De la misma forma, Castillo (2013) menciona que el 80% de los casos de suicidio en nuestro país se dan por problemas emocionales como la depresión.

Puesto que, de cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse. A esto también añade Pomalima (2018) “En el Perú, la cifra de ideación suicida entre adolescentes es más elevada que la tasa mundial, según el autor, esto se explicaría por el aumento de la violencia familiar, pues en la mayoría de casos (entre 60% y 70%) tienen origen en los problemas que se presentan con los padres.

En cuanto al departamento de Cajamarca, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2005), después de realizar un estudio epidemiológico de salud, refiere que el 4,4% de adolescentes en esta ciudad presentaron episodios depresivos (Depresión Mayor) además que 2 de cada 10 adolescentes presentan deseos suicidas como consecuencia de problemas familiares y/o problemas con los padres. Con respecto a las estadísticas antes mencionadas cabe mencionar que “Eso refleja la mala relación en que viven los niños y adolescentes peruanos. Por ello, es muy importante ver cómo reforzamos los modelos de crianza y el buen trato dentro de las familias para evitar niños y adolescentes con problemas depresivos” (Pomalima, 2018).

En este mismo sentido Torio, Peña y Rodríguez, (2008) exponen, que son los padres el modelo de aprendizaje más importante de los hijos y los encargados de brindar una educación que asegure un desarrollo adecuado a través del apoyo y la responsabilidad como padres.

Por su parte Ramírez y Díaz, (2017) señalan que una crianza con afecto y responsabilidad va acompañada de resultados positivos del desarrollo: apego emocional seguro, buenas relaciones con los pares, una buena autoestima y un

sólido sentido moral, por el contrario, los niños que no recibieron afecto y atención serían propensos a ser afectados por la depresión.

Se puede señalar también que el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2006) expone que una familia coherente y con adecuado estilo de comunicación minimiza los factores de riesgo para la aparición de un trastorno depresivo, por el contrario, las familias rígidas maximizan estos factores. También expone que los padres sobreprotectores, así como los padres muy distantes hacen más lenta la recuperación de los niños y adolescentes que sufren depresión.

Finalmente, autores como Sander y McCarthy (2005) indican que son tres características de los padres que pueden predisponer a un adolescente a padecer depresión: las patologías presentes, sus estilos cognitivos y el clima emocional que se establece de padres a hijos.

Es importante comprender también que la adolescencia está caracterizada como una etapa de cambios, los mismos que podrían generar un desequilibrio en el sistema familiar, por lo cual el modelo de interacción de padre a hijo tiene como finalidad lograr una adecuada adaptación en este proceso para poder encontrar un funcionamiento familiar estable (Barber, Maughan y Olsen, 2005), (Oliva, 2006).

Según lo expuesto podemos observar que es clara la influencia del comportamiento de los padres sobre los hijos y como estos a través de diversos patrones de interacción con sus hijos son los encargados de brindar el apoyo emocional que le permita al adolescente prevenir cuadros depresivos que pueden repercutir afectando de manera significativa la salud emocional de los adolescentes. Es así que a través de esta investigación se analizó la relación que tiene, la forma

en la que es criado un hijo con los síntomas de la depresión, para lo cual se formula la siguiente interrogante:

1.2. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación que existe entre las dimensiones de socialización parental y la sintomatología depresiva en adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca?

1.3. Justificación de la Investigación

Este estudio cobra relevancia porque contribuye a brindar mayor atención a la salud mental de los adolescentes, considerando que la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 10 a 19 años. Diversas investigaciones señalan que, una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad. En consecuencia, si los adolescentes con problemas de salud mental reciben una adecuada atención, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida. (OMS, 2014).

Asimismo, en el Perú este padecimiento es considerado la primera causa de discapacidad temprana y mortalidad precoz, por ende, la detección, así como la intervención en la etapa de la niñez y adolescencia es una tarea fundamental en el tratamiento de la depresión (Cutipe, 2018).

Desde esta perspectiva, los resultados que aporta esta investigación brindan información actualizada que permitirá una acertada intervención y prevención por los profesionales e instituciones que abordan la temática de la responsabilidad parental con el propósito de contribuir a mejorar el bienestar integral de las familias cajamarquinas.

En el campo de la investigación, este estudio, sirve para ampliar la información teórica existente en cuanto al conocimiento acerca de la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en adolescentes, la predominancia de los estilos de socialización parental y la relación de las dimensiones de socialización parental y sintomatología depresiva en adolescentes cajamarquinos, puesto que la documentación en esta temática es limitada en la ciudad de Cajamarca.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

- Identificar la relación entre la dimensión aceptación/implicación y la dimensión coerción/imposición de la socialización parental con la sintomatología depresiva en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el estilo de socialización parental con más preponderancia en los adolescentes de quinto grado de secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca.
- Conocer el nivel de la sintomatología depresiva en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca.
- Conocer la prevalencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca, según sexo.

CAPÍTULO II
MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de Investigación

2.1.1 Internacionales

En el entorno internacional, Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008) Realizaron un estudio titulado: *Estilos parentales y sintomatología depresiva, en adolescentes veracruzanos*, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre los estilos parentales y la sintomatología depresiva en 372 adolescentes de ambos sexos de 12 a 18 años de edad. Utilizaron la Escala de Estilos Parentales de Andrade y Betancur (2006) para evaluar los estilos parentales y la escala de CES-D de González-Forteza (1996) para medir la sintomatología depresiva. Los hallazgos de su investigación muestran que la sintomatología depresiva afecta más a las adolescentes mujeres y que el estilo autoritario del padre y de la madre, en mujeres, tiene relación con los niveles más altos de sintomatología depresiva.

En tanto Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis y Rojas (2012) Investigaron las: *Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes*, con el objetivo de analizar el poder predictivo de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva de los adolescentes, considerando el sexo del hijo y el sexo de los padres. Seleccionaron una muestra de 1934 adolescentes, de la ciudad de México, el 51.4% fueron hombres y el 48.6% mujeres, de 11 a 17 años, los instrumentos que utilizaron fueron la escala de Estilos Parentales de (Andrade y Betancur, 2006), la versión revisada y adaptada para población mexicana de la Escala de Depresión de Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D-R para evaluar la sintomatología depresiva. Los resultados mostraron que las mujeres tienen mayores niveles de sintomatología depresiva que los hombres. Y que la sintomatología depresiva tiene relación positiva con el control psicológico e imposición de ambos padres y de forma

negativa o inversa con la comunicación, autonomía y control conductual tanto materno como paterno. Se realizaron análisis de regresión lineal para determinar el efecto de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva, los cuales se llevaron a cabo por sexo y por lugar de residencia. Los resultados generales mostraron que en las mujeres fue mayor el porcentaje de varianza explicado (de 26 a 31%) en comparación con los hombres (de 6 a 25%) y la dimensión que mayor varianza explicó en la mayoría de los grupos fue el control psicológico materno, excepto en los hombres de la Ciudad de México y Culiacán.

Por su parte Garber, Robinson, y Valentiner (1997), realizaron un estudio denominado *The Relation Between Parenting and Adolescent Depression*, con la finalidad de analizar, la relación de tres componentes de la paternidad con los síntomas depresivos de 240 adolescentes. Las madres y sus hijos resolvieron el inventario de conducta para padres (CRPBI) el cual da tres dimensiones parentales: aceptación / rechazo, autonomía / control psicológico y control firme / laxo, de igual manera las madres y los niños también completaron un cuestionario y una entrevista sobre los síntomas depresivos del niño durante las 2 semanas anteriores. Como resultados de la evaluación los investigadores señalan que la aceptación materna mostró una relación significativa con la sintomatología depresiva, y el control psicológico materno se asoció positivamente con los síntomas depresivos. Estas relaciones fueron mediadas parcialmente a través de la autoestima percibida por el niño.

Por otra parte, se han planteado investigaciones como la de Pérez, (2012) denominada, *Socialización Parental en Padres Españoles con hijos de 06 a 14 años*, con el objetivo de analizar los estilos de socialización parental buscando

determinar cuál es el estilo de socialización más idóneo en España, midiendo múltiples indicadores de ajuste en los hijos, para lo cual contó con una muestra de 10.103 padres con hijos de 6 a 14 años, los que indicaron las prácticas de socialización que utilizaban. Las familias se clasificaron a partir de las respuestas de los padres en una de las cuatro tipologías clásicas (autorizativa, autoritaria, indulgente o negligente). Se usaron como criterios seis indicadores de la calidad de la relación interpersonal, nueve indicadores de ajuste psicológico, siete indicadores de competencia personal y doce de problemas conductuales. Los estilos familiares autorizativo e indulgente se correspondieron generalmente con mejores puntuaciones que los autoritarios y negligentes. Los resultados mostraron que el estilo familiar más idóneo en España es el indulgente, ya que las puntuaciones de los hijos de familias indulgentes fueron mejores que los de las familias autorizativas.

Otros autores como Veytia, González, Andrade y Oudhof, (2012) investigaron la *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*, con el objetivo de Identificar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes, también buscó, determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres. La muestra estuvo conformada por 2292 adolescentes de 15 a 19 años de edad. Se utilizó la versión revisada en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín SV. Para evaluar las variables síntomas de depresión y grado de estrés de los sucesos vitales se realizaron análisis descriptivos, t de Student, correlación de Pearson y regresión múltiple por pasos.

Los principales hallazgos, indican que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES–D–R) y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Por otro lado, existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de grados de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres. También se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social ($r = 0.34$; $p < 0.001$). Además, se encontró que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes.

2.1.2 Nacionales

Ramírez y Díaz, (2017) realizaron un estudio titulado: *Estilos parentales percibidos y sintomatología depresiva en escolares de secundaria de una Institución Educativa en el distrito de San Martín de Porres- Lima*. El propósito de esta investigación fue determinar la relación entre los estilos parentales percibidos y la sintomatología depresiva en escolares de secundaria en Lima. Sus principales hallazgos, reportan que, existe relación estadística entre los estilos parentales percibidos y la sintomatología depresiva. El 42.4% de adolescentes, presentó sintomatología depresiva y el estilo parental con más porcentaje fue el control sin afecto tanto en madres (27.9%) como en padres (26.3%). Así mismo señalan que la sintomatología depresiva está relacionada a la edad y al sexo y que la relación de los padres e hijos es un factor determinante del estado emocional, pudiendo propiciar síntomas depresivos, los mismos que podrían ser confundidos con características psicosociales de la adolescencia.

Igualmente, López y Huamaní (2017) llevaron a cabo la investigación: *Estilos de crianza parental y problemas de conducta en adolescentes de una I.E. Pública de Lima Este, 2016*. Tuvieron como objetivo, determinar si existe asociación entre las variables estilos de crianza parental y problemas de conducta. La muestra estuvo compuesta por 268 estudiantes de 12 a 18 años de una I.E. Pública de Lima Este, 2016. La investigación fue no experimental de corte transversal y correlacional. Se empleó la Escala de Estilos de Crianza Parental de Steinberg y el Inventario de problemas de conducta de Achembach. Los resultados indicaron, que no existe asociación entre estilos de crianza parental y problemas de conducta en adolescentes ($t=15,296$; $p>0.05$). En cuanto al análisis por dimensiones, se halló relación negativa y altamente significativa entre la dimensión compromiso y la variable problemas de conducta ($r= -,425^{**}$, $p< 0.00$). Es decir, que, a mayor autonomía por parte de los padres, mayores serán los problemas de conducta de los hijos. Por último, no existe asociación significativa entre control conductual y problemas de conducta ($r= -,120$, $p>0,058$).

Con respecto a la sintomatología depresiva en estudiantes peruanos, Cerna, (2015), desarrollo un *Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate*. Con la finalidad de comparar la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria, provenientes de dos instituciones educativas (nacional y privada) del distrito de Ate. El estudio fue descriptivo, con diseño comparativo transversal. La población estuvo conformada por 227 estudiantes de la institución educativa nacional y 70 de la institución educativa particular. Se aplicó, el instrumento de evaluación, inventario de depresión de Beck. Los resultados indicaron que la prevalencia de depresión grave fue de 9 % y 11% en la institución nacional y particular, respectivamente. La muestra de sexo

femenino presentó una prevalencia, en mayor proporción, de depresión grave, un 83%. También se encontró depresión grave en los estudiantes de la institución nacional que tenían entre 15 y 16 años (50,7%) y en estudiantes de la institución particular que tenían entre 17 y 18 años (47.6%).

2.1.3 Locales

En la localidad de Cajamarca, Cuenca y Marquina (2013) realizaron un estudio sobre la: *Relación entre los estilos de crianza y el bienestar psicológico en los adolescentes de tercer y cuarto grado de educación secundaria de la ciudad de Cajamarca*, con el propósito de conocer los estilos de crianza y su efecto en el bienestar psicológico de los adolescentes cajamarquinos. Se evaluó a una muestra de 264 adolescentes de instituciones estatales y privadas. Las escalas de evaluación que utilizaron fueron la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA 29) y la escala de Bienestar Psicológico Scales of Psychological Well-being, SPWB (Escala de Bienestar Psicológico de Ryff). Los resultados muestran que el estilo paterno que alcanza mayor porcentaje en adolescentes cajamarquinos es el Autorizativo (47.6% vs 34.7%) en madres y padres respectivamente, En cuanto al bienestar psicológico general, especifican que el (64.6%) de adolescentes alcanzan un nivel promedio. Mientras que la dimensión de dominio del entorno muestra un porcentaje de (65.4%).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Adolescencia

La adolescencia, según Papalia, Wenkods y Feldman (2001) es un “periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes

cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que se presentan interrelacionados” (p.594). Por su parte Hurlock (1994) también explica la adolescencia como “un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente de la condición de niño a la de adulto”. Pineda y Aliño (2002) agregan que estos cambios pueden generar diversos conflictos y crisis con resultados positivos puesto que afirman la independencia psicológica y social del adolescente. Adicionalmente Moraleda (1999) indica que “la adolescencia se caracteriza por la maduración del desarrollo intelectual, la profundización en la vida interior y el descubrimiento de la identidad” (p.282). En definitiva, la adolescencia es una etapa fundamental y una de las más importantes en los seres humanos, la misma que según la OMS (2019) está ubicada entre los 10 y 19 años de edad.

2.2.1.1 Características Generales de la Adolescencia

Aberastury y Knobel (2004) expresan que la actividad esencial en esta etapa sería la transformación de las ideas y consideraciones infantiles que el adolescente ha tenido hasta este entonces de sí mismo, con miras a una nueva concepción como adulto. Con esta finalidad sintetizan las características de la adolescencia según se detalla a continuación:

- **Búsqueda de sí mismo y de la identidad:** la tarea principal de un adolescente que busca consolidar su identidad se da por la necesidad de separación de la relación que se tenía con los padres hasta entonces con el propósito de reafirmar su independencia y maduración. La búsqueda de la identidad también va acompañada de lo que el autor denomina duelo o microduelo los mismos que son significativos por la pérdida tanto del rol y el cuerpo infantil que jamás volverán a estar presentes.

- **Tendencia grupal:** sobre la base de la característica anterior es preciso señalar que un adolescente en busca de su identidad también opta por la uniformidad que le pueda brindar seguridad y estima personal de ahí el gran afecto que demuestra el adolescente por sus pares aún más que por la familia. La experiencia grupal cobra gran importancia puesto que el adolescente transmite gran parte de la dependencia que antes era familiar. Una vez superado este proceso es que entonces se alcanza la identidad adulta.
- **Necesidad de intelectualizar y fantasear:** Esta necesidad se presenta como una de las formas típicas del pensamiento adolescente. La búsqueda de la identidad, así como el proceso de pérdida de la infancia obligan al adolescente a un refugio interno cuyas reacciones pueden presentarse como mecanismos de defensa surgiendo así las ideas filosóficas, sociales, movimientos políticos, etc.
- **Crisis religiosas:** que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso. Estas consideraciones según aclara el autor se presentan en el adolescente de una manera muy fluctuante muchas veces con cambios extremos que le permitan construir una ideología definitiva, así como su valores éticos y morales.
- **Desubicación temporal:** La percepción y discriminación que el adolescente tiene acerca del tiempo se da con una cierta relación de ambigüedad que va acompañada de la búsqueda de identidad, la meta que se espera que logre todo adolescente sería una adecuada conceptualización del tiempo que le permita según menciona el autor elaborar un plan de vida una adecuada elaboración

del presente así como la aceptación del pasado, esto sería lo que le va a ayudar a superar la problemática que vive en este momento.

- **Evolución sexual manifiesta:** que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, aquí es donde se inician las conductas de masturbación en el adolescente con propósito exploratorio y de reconocimiento a diferencia de las vivencias de la sexualidad adulta con capacidad reproductiva.
- **Actitud social reivindicativa:** Esta actitud se da con tendencias anti o sociales de diversa intensidad. El adolescente se enfrenta a la difícil tarea de adaptarse al medio en que lo rodea con las implicaciones que esto representa como por ejemplo someterse y adaptarse al mundo adulto, aunque no logre comprender del todo porque lo tiene que hacer, es por ello que no siempre se produce una adecuación acertada en la relación entorno-individuo, como resultado el adolescente mostrará conductas violentas y contradictorias.
- **Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta:** Estas contradicciones se presentan frecuentemente en la conducta adolescente, puesto que el movimiento y energía constante es expresión característica en este periodo. Es por ello que el adolescente no puede presentar una conducta uniforme, rígida y permanente.
- **Separación progresiva de los padres:** una adecuada transformación y crecimiento en la sexualidad del adolescente se producirá siempre y cuando los padres se adecuen de manera acertada a los conflictos y separación de su hijo, en caso contrario ellos se sentirán perseguidos y sofocados por sus padres.

- **Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo:** los duelos por la pérdida de la imagen infantil frecuentemente están acompañados de sentimientos de ansiedad y depresión y la intensidad de los mismos va a depender de la forma que son vividos. Como resultado se pueden presentar constantes variaciones en el estado de ánimo del adolescente.

2.2.1.2 Cambios Físicos en la Adolescencia

Una de las características propias de esta etapa es el aumento de peso y talla, también el desarrollo y la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de caracteres sexuales secundarios de gran sentido social. Estas modificaciones no pueden ser controladas por el individuo, puesto que se imponen en el/la adolescente como una obligación en donde la principal tarea es integrar una nueva imagen del cuerpo en otras palabras apoderarse del propio cuerpo. Estas situaciones son vividas en ocasiones con incertidumbre y temor, como consecuencia se produce la aceptación/rechazo del cuerpo en evolución y terminar produciéndose ataques a todo o a partes del mismo (Palacios, s/f)

La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismos. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atlético; las adolescentes quieren ser lindas, delgadas y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que haga que los muchachos atraigan al sexo opuesto. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso y rasgos faciales, lo que puede traer como consecuencia biológica y hasta trastornos psicológicos la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso (falta de autoestima) anorexia, bulimia y hasta abuso de alcohol, drogas y otros vicios. Por otra parte, las adolescentes tienden en ser menos felices con su aspecto que los

varones de la misma edad, sin duda por el gran énfasis cultural sobre los atributos físicos de las mujeres (Pedreida y Marín, 2000)

2.2.1.3 Cambios Psicológicos en la Adolescencia

En cuanto al aspecto psicológico no es tan fácil establecer límites como en las características biológicas. Ahora bien, lo que sí se puede admitir que el aprendizaje psicosocial en el adolescente está influenciado directamente por interacciones culturales las que le van a permitir alcanzar su identidad, intimidad, integridad e independencia psicológica y física. Además, también enfrenta una serie de pérdidas o duelos ya mencionados anteriormente por la pérdida de la vida infantil, en relación consigo mismo y con los padres. Algo semejante ocurre con las denominadas “conductas perturbadoras” la que sin duda le van a causar diversos conflictos sobre todo con las figuras de autoridad como los padres y que a su vez se pueden manifestar en transgresión de normas familiares o sociales, conductas de exhibicionismo o timidez, conductas de agresividad, inestabilidad e inadecuado manejo de las emociones, síntomas o ideación depresiva persistente (Gómez y Bandera, 1999).

2.2.1.4 Adolescencia y Familia

Dentro de la familia, la adolescencia se comprende como una etapa caracterizada por presentar inestabilidad emocional, así como por los cambios que sufre el adolescente tanto físicos y psicológicos, por lo cual la comunicación entre los integrantes de la familia se altera produciendo conflictos que van en aumento causando un mayor impacto psicológico en cada integrante. Frente a esta situación

la familia tiene como tarea principal prepararse para el cambio o las crisis que se produzcan durante la etapa de la adolescencia (Cordero y Hernández, 2016).

Como afirma Pineda y Aliño (2002) durante el ciclo vital, la familia atraviesa diversas crisis evolutivas como la llegada de los hijos a la etapa adolescente, crisis que si es conducida adecuadamente tendrá resultados positivos. Además, añade que es importante la aceptación y apoyo al adolescente no solo por su grupo de pares sino también por parte de la familia, aunque no se compartan puntos de vista. Cabe decir entonces que es la familia la encargada de brindar seguridad y protección para todos sus miembros. Por otra parte, en esta etapa se favorece el desarrollo de los conflictos presentes en la niñez como la sobreprotección, falta de afecto entre otros, en contraposición a la idea errónea de que es en esta etapa donde aparecen los conflictos entre los padres e hijos.

Dentro de este marco, cuando el adolescente siente que sus padres confían en él aprende a tomar sus propias decisiones, se siente más libre y puede equivocarse sin que ello implique una profunda frustración. Por el contrario, cuando dicha confianza está ausente en el hogar se puede observar una serie de problemáticas, todas ellas basada en una ineficiente comunicación la que influye en el adolescente y produce en él conductas calificadas como rebeldes, es entonces donde comienza una crisis existencial y esto desencadena tristeza, decepción, desesperanza y en alguna situación perdida de las ganas de vivir (Arenas, 2009).

2.2.2 Socialización Parental

En la década de los años treinta y cuarenta es donde aparecen los primeros estudios acerca de la influencia de la conducta de los padres sobre los hijos. El conductualismo buscaba analizar la influencia de los modelos de reforzamiento en

la familia y el desarrollo del niño. La teoría freudiana, por su parte explicaba que los determinantes básicos del desarrollo humano eran los aspectos biológicos e inevitablemente se daban en conflicto con los deseos de los padres y las exigencias de la sociedad (Raya, 2008)

Según la teoría de Musitu y García (2004), la socialización parental se define como un proceso interactivo que permite transferir cultura entre las generaciones familiares. Cultura que se internaliza en los individuos como creencias y comportamientos de la personalidad. Mediante este proceso de aprendizaje, por lo general no consiente, los hijos, logran asimilar actitudes, principios, valores, costumbres que finalmente son características de su personalidad.

Por consiguiente, plantean que la socialización parental busca tres objetivos específicos:

a) *El control de impulsos*: Donde el niño tiene que aprender que no puede tener todo lo que le quiere, además aprende que tiene que sufrir las consecuencias sociales o físicas de sus actos. Ya sea la socialización tolerante o restrictiva, la tarea del hijo será establecer un equilibrio entre los impulsos egoístas y las normas sociales interiorizadas, logrando así establecer límites para actuar directamente sobre esos impulsos. (p. 14)

b) *Preparación y ejecución del rol*, incluyendo roles ocupacionales, roles de género y roles en las instituciones, tales como el matrimonio y la paternidad. Es aquí donde el individuo se prepara para asumir roles durante el proceso vital, el aprendizaje del rol en la familia, escuela, y el juego, se desarrollará en la infancia, mientras que el adolescente desarrolla el aprendizaje de roles en las relaciones heterosexuales, así como la preparación para asumir el rol de adulto. Los adultos

por su parte experimentan las preparación y ejecución de roles en el matrimonio, la paternidad, el rol en el trabajo etc. Los roles también se asumen por la pertenencia a una etnia, identidad racial etc. (p. 16)

c) *El cultivo de fuentes de significado*, esto hace referencia a lo que se considera importante, lo que tiene valor, y el por qué y para que se tiene que vivir. Las fuentes de significado, con frecuencia incluyen creencias religiosas que buscan la explicación de la vida humana, las razones del sufrimiento, la explicación a que sucede cuando morimos, así como el significado de la vida humana. Existen otras fuentes de significado como las relaciones familiares, y las normas sociales que se asumen como adecuadas, correctas y venerables. Cabe resaltar que la inclinación humana para descubrir fuentes de significado es sumamente variable y flexible. Sin embargo, es importante que cada persona pueda desarrollarlas porque estas son las que proveen organización y sentido a la vida. (p. 19)

Hechas las consideraciones anteriores el proceso de socialización es esencial por que permite la introducción cultural del individuo, la misma que posteriormente permitirá establecer en el futuro la forma de actuar del niño, adolescente y joven, le permitirá también controlar sus impulsos y aprenderá roles con los que pueda expresarse en su medio. El proceso de socialización además requiere que el individuo encuentre fuentes de significado que hacen posibles las relaciones sociales. Del triunfo de este proceso dependerá no solo la supervivencia y adaptación del niño, sino también la contribución de este a la sociedad a la que pertenece (Musitu y García, 2001)

El modelo propuesto por Musitu y García, también propone dos ejes o dimensiones en los que se fundamenta su postulado: aceptación/implicación y

coerción/imposición, las cuales se tipifican en cuatro estilos de socialización: autoritativo, indulgente, autoritario y negligente. Dimensiones y tipologías que se describen más detalladamente en los siguientes apartados.

2.2.2.1 Dimensiones de la socialización Parental

1. *Aceptación/Implicación*: En esta dimensión se encuentran los padres que brindan afecto y aprobación ante los comportamientos de sus hijos que concuerdan con las normas familiares. Estos comportamientos, los padres pueden valorarlos situándolos entre los dos extremos de la dimensión implicación/aceptación, las muestras de afecto estarían en un extremo y la indiferencia en el otro. Por otra parte, cuando el comportamiento del hijo desacata las ordenes, estos padres dialogan con sus hijos y en el otro extremo actuarían displicentemente. Es así entonces que cuando las actitudes de los padres se caracterizan en un nivel alto de aceptación/implicación, los hijos perciben que cuando obedecen las normas establecidas estas son apreciadas por sus progenitores, mientras que cuando desobedecen, sus padres van a utilizar de manera predominante el diálogo. Todo lo contrario, sucedería si el estilo de los padres se caracteriza con una baja aceptación/implicación, puesto que mostrarían indiferencia cuando los hijos obedecen las normas de la familia y actuarían de forma displicente cuando no se así (Esteve, 2004).
2. *Coerción/ Imposición*: En dimensión parental solo puede tener lugar cuando los hijos se comportan de forma discrepante con las normas familiares. La actuación de los padres sería con la finalidad de terminar con las conductas inadecuadas utilizando al mismo tiempo o independientemente, la privación, la coerción verbal y la física. (Musitu y García, 2001 p. 24). En cuanto al castigo

físico, pareciera ser más efectivo que el diálogo y la comunicación, sin embargo, a la larga los hijos pueden llegar a desarrollar resentimiento hacia sus padres, problemas de conducta, de personalidad, etc. Aquí hay que tener en cuenta que mediante su investigación los autores explican que los niños que tienen este tipo de experiencias en sus hogares tienen más dificultad para interiorizar las normas de funcionamiento familiar puesto que ante una experiencia de transgresión los niños atribuyen la vivencia de sentimientos negativos a eventos externos a diferencia de los niños con padres que corrigen mediante el diálogo que atribuyen estos sentimientos a causas internas lo cual les permiten interiorizar de mejor manera las normas familiares.

2.2.2.2 Estilos de Socialización Parental.

Existen diversos nombres con los que se han conocido los estilos parentales: estrategias de socialización, estilos de crianza, estilos educativos paternos, estilos paternos de socialización, estilos parentales, entre otros. Al margen del término empleado, diversos autores dieron grandes aportes para definir lo que llamamos estilos educativos o estilos de socialización parental (Cordero, 2016)

Una de las investigaciones más influyentes se realizó a partir de 1968 a 1989, por Diana Baumrid, una de las primeras autoras en usar el término de estilos parentales, ella concuerda también con diversas teorías en señalar dos grandes dimensiones en las relaciones de padres a hijos: la aceptación y el control parental, de las cuales se desprenden tres estilos diferentes de control parental: democrático, autoritario y permisivo. (Esteve, 2004)

Maccoby y Martín, (1983 en Coloma, 1993) reformularon la propuesta de Baumrid y propusieron un modelo que permite establecer una tipología definitiva

de cuatro estilos parentales: democrático, autoritario, permisivo e indiferente, a partir del cruce de las dos dimensiones fundamentales: afecto y control. Dichas dimensiones dan lugar a cuatro estilos educativos diferentes: autoritativo-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente, y permisivo-negligente.

A partir de los diversos aportes mencionados Coloma (1993) define los estilos de socialización como “Esquemas prácticos que reducen múltiples y minuciosas pautas educativas paternas a unas pocas dimensiones básicas, que cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” (p.31).

A su vez Magaz y García (1998) presenta la siguiente definición “conjunto de ideas, creencias, valores, actitudes y hábitos de comportamiento que los padres mantienen respecto a la educación de sus hijos, que en conjunto crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres” (p.32).

Otra definición conceptualiza los estilos de socialización parental como “una constelación de actitudes que son expresadas hacia el niño y que en conjunto crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen tanto las conductas a través de las cuales los padres desarrollan sus propios deberes de paternidad (prácticas parentales) como cualquier otro tipo de comportamientos como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc” (Darling y Steinberg, 1993 p. 487).

A esto añade Céspedes, (2008) que los estilos de socialización parental son un conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos, siendo los padres los principales responsables del cuidado y protección de los niños desde la infancia

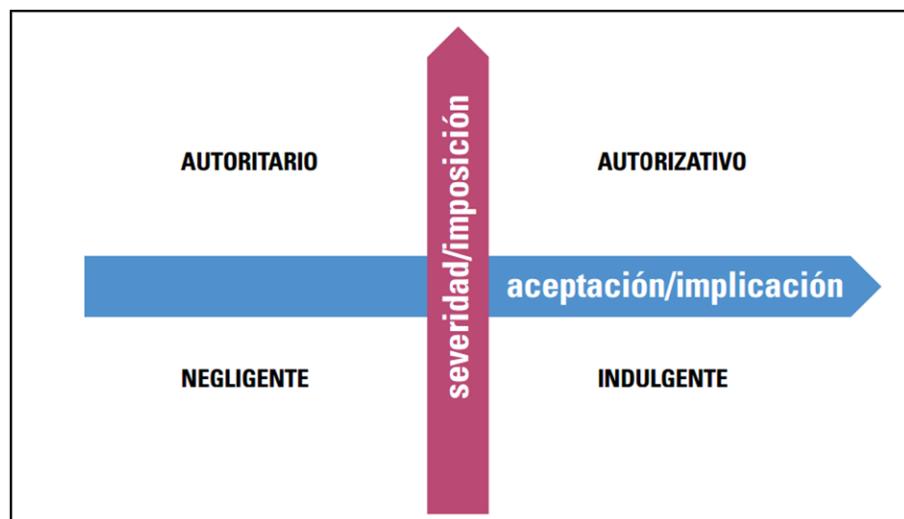
hasta la adolescencia. En otras palabras, los padres son los encargados de transferir principios, conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. Siendo así su función biológica, educativa, social, económica y de apoyo psicológico (Navarrete, 2011).

En relación con las ideas anteriores, Musitu y García, (2001) describen que “Los estilos de socialización Parental se definen por la persistencia de ciertos patrones de actuación y las consecuencias que estos patrones tienen para la relación paterno-filial y para los miembros implicados” (p.49).

Planteadas las definiciones de los estilos de socialización parental, es preciso acotar que para entender la relación paterno – filial en toda su extensión es importante considerar simultáneamente las dimensiones de implicación/aceptación y la coerción/imposición puesto que al confluir una con otra los estilos de socialización de los padres pueden tipificarse en cuatro categorías.

2.2.2.3 Tipología de la Socialización Parental

Gráfico 1. Modelo de Socialización Bidimensional y sus Tipologías.



Fuente: Evaluación de la Socialización Familiar (Musitu y Garcia, 2001)

Esta tipificación es la que ha permitido profundizar las investigaciones en cuanto a los estilos de socialización parental, quedando establecidos finalmente en cuatro tipos:

1. *Autorizativo*: caracterizado por una *Alta aceptación/Implicación* y *alta Coerción/ Imposición*. Los padres buscan un equilibrio en la relación con sus hijos entre el afecto, el autocontrol y entre la comunicación clara sobre todo lo que se exige del hijo (Musitu y García 2001). Los padres Autorizativos muestran agrado a sus hijos cuando se comportan adecuadamente, los aceptan y respetan e incentivan el diálogo y la negociación cuando se trata de tener acuerdos con los hijos. muestran flexibilidad en cuanto a la modificación de normas familiares cuando hay una razón válida. Por el contrario, cuando el comportamiento de los hijos es considerado como incorrecto, los padres combinarán el dialogo y el razonamiento con la coerción física y verbal (Esteve 2004). Como consecuencia los hijos que han sido educados en el estilo autorizativos se caracterizan porque logran interiorizar y acatar las normas sociales; son respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza, son hábiles socialmente; tienen elevado autocontrol y autoconfianza; son competentes académicamente; tienen un buen ajuste psicosocial; tienen un buen autoconcepto familiar y académico (Pérez, 2013)
2. *El estilo Indulgente*: Este estilo está caracterizado por una *Alta aceptación/implicación* y *Baja Coerción/Imposición*. En este estilo de educación también prima el diálogo como característica principal. Los padres utilizan principalmente la razón para disciplinar a sus hijos con el afán de alcanzar las conductas deseadas y el diálogo para obtener acuerdos con sus

hijos. Sin embargo, a diferencia del estilo Autorizativo no hace uso de la coerción/Imposición cuando se considera que los hijos se comportan de manera incorrecta, por el contrario, estos padres consideran al razonamiento y el diálogo para inhibir las conductas inadecuadas de los hijos. Es decir, hay una relación más simétrica donde los padres actúan como si sus hijos fuesen personas adultas y capaces de autorregularse, consultan con sus hijos decisiones importantes y evitan el control y la imposición (Musitu y García, 2001). Los hijos que se han sido educados por padres indulgentes son los que logran internalizar de mejor manera las normas sociales. Es posible que, por la ausencia de coerciones fuertes de los padres, estos adolescentes muestren tendencia hacia sus iguales y a las actividades de sus pares. Por otra parte, como resultado de la relación igualitaria con sus padres, tienen un mejor autoconcepto familiar (Pérez, 2013).

3. *Autoritario:* En *este* estilo existe una *Baja Aceptación/Implicación* y alta *Coerción/Imposición*. Estos padres son excesivamente exigentes con sus hijos, pero a la misma vez desatentos con sus necesidades y deseos. El diálogo es de características unilaterales y reprobatorias. Son padres que intentan manejar y controlar los comportamientos de sus hijos de acuerdo a normas de conducta en su totalidad. Valoran la obediencia como una virtud y para corregir usan la fuerza con la finalidad de doblegar la voluntad, cuando se considera que las creencias personales entran en conflicto con lo que se piensa que es una conducta correcta (Musitu y García, 2001). Los hijos con padres autoritarios muestran cierto resentimiento hacia los padres; menor autoestima familiar; se someten a las normas sociales sin saber por qué; suelen presentar obediencia a

las fuentes de autoridad y poder más que a las de razón manifiestan mayor predominio de valores hedonistas con resultados inmediatos; muestran más problemas de ansiedad y depresión además son los que presentan menor autoconcepto familiar (Pérez, 2013).

4. *Negligente: Baja Aceptación/implicación y baja Coerción /Imposición.* Por lo general se considera el estilo más inadecuado para satisfacer las necesidades de los hijos, estos padres muestran manifestaciones de indiferencias hacia sus hijos debido a la falta de implicación emocional y al pobre compromiso de supervisión. A los padres negligentes no se los podría catalogar como buenos o malos, pero ellos tienen dificultades para interactuar con sus hijos, al igual que para definir límites en sus relaciones con ellos. Por lo general necesitan ayuda profesional para mejorar la relación padre e hijo, puesto que no supervisan sus actividades y no se implican en interacciones con ellos, dejando que sean los propios hijos quienes definan sus límites, en otras palabras, les brindan una responsabilidad que no pueden y no deberían manejar como hijos (Musitu y García 2001). Finalmente, los hijos que se han desarrollado en un ámbito familiar negligente son más testarudos y por lo general se encuentran en medio de conflictos ya que suelen actuar impulsivamente. Desarrollan, una tendencia a decir mentiras constantemente; se involucran en consumo de drogas y alcohol, tienen bajo rendimiento académico, diversos problemas emocionales (miedo al abandono, no confían en los demás, muestran pensamientos suicidas, baja autoestima, miedos irracionales, ansiedad, etc.)

2.2.2.4 Efectos de los estilos parentales sobre la socialización de los hijos.

Musitu y Cava, (2001) Según la tipología planteada nos brinda la siguiente información sobre los efectos de los estilos parentales en sus hijos, sin embargo, hay que tener en cuenta el contexto y la cultura a la cual los autores describen.

Tabla 1: Efectos de los estilos parentales en los hijos.

Estilo parental	Características de los hijos
Autorizativo	<p>Acatan las normas sociales (interiorización). Son respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza. Son hábiles socialmente. Tienen elevado autocontrol y autoconfianza. Son competente académicamente. Tienen un buen ajuste psicosocial. Tienen un elevado autoconcepto familiar y académico.</p>
Indulgente	<p>Acatan las normas sociales (interiorización). Son respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza. Son hábiles socialmente. Tienen un buen ajuste psicosocial y académico.</p>
Autoritario	<p>Muestran cierto resentimiento hacia los padres. Menor autoestima familiar. Se someten a las normas sociales (sin interiorizarlas). Manifiestan más problemas de ansiedad y depresión.</p>
Negligente	<p>Son más testarudos y se implican en más discusiones. Actúan impulsivamente y mienten más. Más problemas de consumo de drogas y alcohol. Bajo logro académico. Tienen más problemas emocionales. (Miedo al abandono, falta de confianza en los demás, pensamientos suicidas, pobre autoestima, miedos irracionales, ansiedad y pobres habilidades sociales).</p>

Fuente: (Musitu y Cava, 2001 p, 131)

2.2.2.5 Adolescencia y socialización parental

En este apartado se brinda una explicación del comportamiento adolescente según los diferentes estilos de crianza, Hurlock (1994), expone que no es común en el adolescente cuestionar la necesidad de determinado castigo o el control que sus padres ejercen en el caso de transgresión de las reglas familiares, lo

que si cuestionan es la clase de control al que es sometido y la justicia del castigo por parte de sus padres.

Así mismo Hurlock, (1994) menciona las características de un adolescente según tres modelos de estilos de crianza, el estilo Autoritario, Democrático y Permisivo. En un hogar *autoritario* el adolescente desarrollará una conducta sumisa y mostrará temor al momento de asumir responsabilidades, lo cual causará molestias en la familia, ya que se espera que en esta edad el adolescente ya asuma mayor responsabilidad como el adulto que se está convirtiendo. Por su parte el adolescente experimenta una gran frustración por su deseo de independencia, el cual se convierte en resentimiento en contra de sus padres, que impide la comunicación familiar, por ende, el adolescente cada vez que necesite un consejo para dar solución a sus problemas no optará por recurrir a sus progenitores.

Todo lo contrario, sucede en una familia *democrática*, donde impera el dialogo, aquí se percibe armonía en la comunicación padre e hijo, ya que se trata al adolescente como un adulto, se muestra cariño y respeto, además se toma en cuenta las decisiones que expresa el adolescente, los padres critican menos a los hijos, lo que le permite al adolescente recurrir al consejo y ayuda de sus padres ante sus problemas juveniles. El hogar *permisivo* el que no existe el control por parte de los padres, es aquí donde se le permite al adolescente conducirse de acuerdo a sus gustos y preferencias, como consecuencia el adolescente se muestra resentido e inseguro cuando las cosas le salen mal y culpa a sus padres de no guiarlo adecuadamente también empieza a mostrar una conducta poco respetuosa frente a sus padres y no aprecia lo que le pueden brindar.

2.2.3 Depresión, según el Enfoque Cognitivo de Aron Beck

Sanz y Vásquez, (1993) brindan una detallada explicación sobre la propuesta de Beck, Según explican los autores este modelo cognitivo señala que en la depresión existe una distorsión y sesgo sistemático en el procesamiento de la información, la cual va unida a los sucesos que implican una pérdida. En consecuencia, las personas depresivas suelen valorar excesivamente los eventos negativos puesto que los consideran universales, frecuentes e irreversibles, a esto se conoce como la triada cognitiva (una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro). Para Beck esta triada sería la que ocasiona y mantiene los demás síntomas relacionados a la depresión.

Sin embargo, este procesamiento al igual que los demás síntomas depresivos, pueden suceder por factores como los genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. No obstante, cualquiera que su origen, este tipo de procesamiento es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funcionaria como factor de mantenimiento de la depresión. También hay que tener en cuenta que la teoría de Beck concibe el procesamiento distorsionado de la información como un factor próximo y no absoluto de la etiología y la prevalencia de los síntomas depresivos (p. 348).

Esta teoría postula que en muchos casos de depresión no endógena, se da por la interacción de tres factores: (a) Las creencias disfuncionales sobre el significado de algunas experiencias que forman parte de la construcción de la realidad; (b) Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo y (c) La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir un suceso que el individuo considera

importante y que afecta directamente sobre sus creencias disfuncionales (Sanz y Vázquez, p. 348).

Por consiguiente, estas creencias disfuncionales representadas en la mente que afectan el procesamiento de la información reciben el nombre de:

- *Esquemas*: “Los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Beck y Clark, 1988 p. 382).

Estas estructuras cognitivas serían las que rigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información que se procesa del entorno. Por otro lado, los estímulos que concuerdan con los esquemas se elaboran y codifican mientras que la información inconsistente es ignorada y olvidada. Es así que un individuo depresivo posee esquemas *disfuncionales depresógenos*, con estructuras más rígidas y concretas que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales. (p. 349).

Por otra parte, los esquemas depresógenos serían responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos, como consecuencia para que esta activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante similar a aquellos sucesos que proveen la base para la formación durante el proceso de socialización de los esquemas (p. 350)

Beck expone que los esquemas depresógenos son la *diátesis cognitiva* (factor de vulnerabilidad cognitiva) para la depresión, sin embargo, antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas existen sin exteriorizarse, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo

del sujeto o en sus procesos cognitivos y tampoco se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

Posteriormente, esta teoría explica que una vez activados los esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, se interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actividad de tales esquemas da como resultado ciertos *errores sistemáticos* en la forma de procesar la información. Los esquemas negativos en los sujetos depresivos serían los que conllevan a los errores o distorsiones cognitivas que facilitan y permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. A continuación, se esquematiza los errores cognitivos a los que hace referencia la teoría de Aron Beck.

Tabla 2: Errores cognitivos en la depresión según la teoría de Beck.

Error cognitivo	Definición (Beck 1983)	Ejemplos
1. Inferencias arbitrarias	Proceso de llevar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión.	Un paciente que iba en ascensor tuvo el siguiente pensamiento: “el ascensorista piensa que soy un don nadie”. Cuando fue preguntado por el incidente, el paciente reconoció que no había base real para pensar eso.
2. Abstracción selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico fuera de su contexto e ignorado otros elementos más relevantes de la situación.	El jefe de un paciente estaba comentando positivamente con el su trabajo y, en un momento de la conversación, le pidió que no hiciera copia de las cartas que recibía. Entonces el paciente pensó: “No está contento con mi trabajo”.
3. Generalización excesiva	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionadas.	La mujer de un paciente depresivo estaba enfadada porque los niños tardaban en vestirse. El paciente pensó: “debo ser un mal padre, porque si no mis hijos tendrían más disciplina”.

4. Magnificación y minimización	Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación.	Un paciente, después de que su casa sufriera los destrozos de una tormenta, valoro los daños inicialmente en varios miles de dólares. El costo de la reparación fue, in embargo, de unos cincuenta dólares.
5. Personalización	Tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.	Un médico residente de hospital se deprimió al leer el aviso de que todos los pacientes a cargo de un residente deberían ser posteriormente examinados por un médico de plantilla. Su pensamiento cuando llego el aviso fue: “El jefe no se fia de mi trabajo”.
6. Pensamiento absolutista y dicotómico	Tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas (blanco o negro), seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.	Un jugador de baloncesto: si encestaba menos de 8 puntos en un partido pensaba: “soy un fracasado”, y se deprimía; si encestaba 8 o más puntos pensaba: “soy realmente un gran jugador”, y se sentía muy alegre.

Fuente: Beck 1967 en (Sanz y Vásquez, 1993)

Aunque todas las personas poseen en cierto grado estos procesos cognitivos, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos (p. 352)

Estas operaciones cognitivas conducen en la depresión al tipo de cogniciones que forman la *triada cognitiva negativa* que a diferencia de los esquemas o “actitudes disfuncionales”, estas cogniciones o productos cognitivos tienen secuelas directamente observables: las que se expresan en forma de *pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos*. Estos últimos son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e intencionada, que no son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos tipos de pensamientos comprenden el diálogo interno del individuo de manera que son relativamente accesibles a la conciencia y son dañinos

psicológicamente puesto que interfieren en las actividades que el sujeto realiza en ese momento y en su estado de ánimo. (p.352)

Estos pensamientos como elaboraciones cognitivas de los esquemas activados, en la depresión giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza como, por ejemplo: “soy un idiota”, “mi vida es una porquería”, etc. Configurando así la *triada cognitiva negativa* la que Beck considera como parte intrínseca de la depresión y como factor causal próximo que mantiene el trastorno. (p.353)

Esta triada implica una *visión negativa de sí mismo* como alguien inútil, despreciable, sin valor y culpable de todos los eventos negativos que le rodean. También implica una *visión negativa del mundo* por la que el individuo percibe las demandas de su medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables y considera por tanto que el mundo está privado de interés, gratificaciones o alegrías. Finalmente, la triada implica una *visión negativa del futuro* marcada por la creencia de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podrá modificarse en el futuro excepto para aumentar el sufrimiento y el pesimismo (Sanz y Vásquez, p. 354).

Como se puede observar esta teoría considera que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo, lo cual significa que en la depresión se ve implicada una “percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos ocurridos (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000). En consecuencia, la propuesta de Beck, hace énfasis en la importancia de los síntomas y signos que pueden desencadenar un trastorno depresivo, así como en los procesos mentales implicados en el futuro desarrollo de este cuadro Clínico.

De igual manera los instrumentos elaborados en base a la propuesta de Beck fueron diseñados para evaluar la presencia y el grado de los síntomas depresivos y no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico de la depresión (Alcántara, 2008 p. 42). Por ende, es indispensable conceptualizar de manera específica la sintomatología depresiva en el apartado siguiente.

2.2.3.1 Sintomatología Depresiva.

Los síntomas depresivos según la teoría de Beck, implican, tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, desvalorización, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios de apetito, dificultad de concentración, fatiga (Rodríguez y Farfán, 2015).

En cuanto a la definición de sintomatología depresiva, se entiende, como la sucesión de conductas distorsiones cognitivas, (irritabilidad, tristeza, pensamiento suicida, llanto). Sintomatología que si se logra mantener en el tiempo se vuelve un trastorno depresivo, con afirmaciones negativas relacionadas hacia su persona, hacia el mundo y hacia el futuro Beck, (1972 en Martínez y Muñoz 2010). Así mismo se refiere a la presencia de síntomas que se presencia en la última semana en las siguientes áreas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos del sueño (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Fortaleza, 1993).

Por otra parte, Alcántara, (2008) Reafirma la definición de Beck, señalando a “La Sintomatología depresiva como la sucesión de conductas y distorsiones

cognitivas que pueden mantenerse a través del tiempo convirtiéndose en un trastorno depresivo”

De las presentes conceptualizaciones podemos analizar que la sintomatología depresiva no es distante del concepto de depresión, sin embargo, resalta la importancia de la prevalencia de los signos y síntomas que cobra importancia en el tiempo por llegar a producirse un trastorno depresivo. En este mismo sentido Pérez y García (2013) respaldan este postulado, afirmando que los síntomas depresivos hacen referencia al riesgo de la iniciación de una depresión más no a la condición o estado depresivo para la cual necesariamente tendría que considerar un aspecto distinto de temporalidad.

Por ello es importante acotar que no todas las personas con tristeza y ánimo decaído, cumplen con los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo. Estas personas presentan mayor riesgo de sufrir este padecimiento, si es que no reciben una atención adecuada. Es así que la prevención es fundamental en este grupo de población (Rodríguez, 2008).

2.2.3.2 Depresión y Adolescencia

Según nos explica Papalia, et al. (2001), por lo general los adolescentes viven su adolescencia sin mayores problemas emocionales, pero en algunos casos pueden sufrir crisis depresivas, ya sea moderadas o graves, las cuales en sus consecuencias más graves pueden llevarlos a pensar o intentar quitarse la vida. Papalia, et al (2001) además menciona que antes de la pubertad, los índices de depresión son iguales en los niños y las niñas, sin embargo, esto varía a partir de los 15 años, ya que las mujeres tienen doble riesgo de sufrir depresión en comparación con los hombres. Menciona que esto podría ser probable porque las niñas tienen menos medios

asertivos para enfrentar el cambio que supone esta etapa, esto unido a los desafíos y cambios mayores que deben enfrentar las adolescentes, las coloca en una posición de más riesgo.

Las niñas además tienen más probabilidad de experimentar varios cambios estresantes a la misma vez. Papalia, et al. (2001) menciona que uno de esos cambios es el paso de la escuela primaria a la secundaria. Otro hecho angustioso en mujeres adolescentes es que los padres que tienen hijas mujeres tienen una tasa más alta de divorcio que los padres con hijos adolescentes, otro factor al que se hace referencia es a la valoración que las adolescentes al aspecto físico, quizá debido a que hay un mayor énfasis cultural en los atributos femeninos, esto hace que las niñas se sientan más descontentas con su aspecto físico. Los adolescentes muestran que tienen medios más eficaces para afrontar un estado de ánimo depresivo, ellos, suelen distraerse hasta que superen su humor, mientras que las mujeres buscan el porqué de su depresión, sería en esta etapa donde se empiezan a formar estos patrones de comportamiento, tanto en el hombre como en la mujer. (p. 153)

La depresión trae repercusiones negativas a nivel personal, familiar, escolar y social. En la Infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores, mientras que en la adolescencia resaltan los síntomas cognitivos y aparecen dificultades en el ámbito legal y sexual (Borges, Medina-Mora, Fleiz, et al. 2004). En los adolescentes, los síntomas depresivos pueden incluir irritabilidad o cierta inquietud motora, esta sintomatología, está asociada en los adolescentes con los cambios y procesos biológicos y psicológicos que ocurren en esta etapa de la vida, en, en la que puede aumentar la exposición a situaciones ante las que los individuos se ven rebasados y ello se convierte en una fuente de estrés. Este aspecto es de suma

importancia para el reconocimiento de la vulnerabilidad, alteraciones asociadas a otras conductas y trastornos como el consumo de sustancias, la conducta disocial, el aislamiento social o los problemas escolares de la adolescencia. González-Forteza, Solís, Jiménez, Hernández, González-González, Juárez, Medina-Mora y Fernández-Varela (2011, p. 55)

2.3 Definición de términos básicos

Dimensión Aceptación/implicación de socialización parental: “Forma de actuación parental que se refleja tanto en las situaciones convergentes como divergentes con las normas de funcionamiento familiar” (Musitu y Garcia 2001)

Dimensión Coerción/Imposición de socialización parental: “estilo de socialización que se utiliza cuando los hijos se comportan de manera discrepante con las normas de funcionamiento familiar” (Musitu y Garcia 2001)

Sintomatología Depresiva: Sucesión de conductas distorsiones cognitivas, (Irritabilidad, tristeza, pensamiento suicida, llanto). Sintomatología que si se logra mantener en el tiempo se vuelve un trastorno depresivo; con afirmaciones negativas relacionadas hacia su persona, hacia el mundo y hacia el futuro (Beck, 1972).

Adolescencia: “periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que se presentan interrelacionados” (Papalia, Wenkods y Feldman 2001)

2.4 Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre la dimensión aceptación/implicación y la dimensión coerción/imposición de la socialización parental con la sintomatología depresiva en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca.

2.5 Definición Operacional de Variables

Variables	Descripción Teórica	Indicadores	Ítems	Instrumentos
Dimensión Aceptación/implicación de socialización parental	“Forma de actuación parental que se refleja tanto en las situaciones convergentes como divergentes con las normas de funcionamiento familiar” (Musitu y Garcia 2001)	Afecto	1,3,5,7,10,14,16,18	ESPA-29
		Indiferencia	22,23,24,27,28	
		Diálogo	2,4	
		Displicencia	6,8,9	
Dimensión Coerción / imposición de socialización parental	“Estilo de socialización que se utiliza cuando los hijos se comportan de manera discrepante con las normas de funcionamiento familiar” (Musitu y Garcia 2001)	Privación	11,12,13	
		Coerción Verbal	15,17	
		Coerción Física	19,20,21,25,26,27,29	

Variables	Descripción Teórica	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos
Sintomatología Depresiva	Sucesión de conductas, distorsiones cognitivas, (Irritabilidad, tristeza, pensamiento suicida, llanto). Sintomatología que si se logra mantener en el tiempo se vuelve un trastorno depresivo; con afirmaciones negativas relacionadas hacia su persona, hacia el mundo y hacia el futuro (Beck, 1972).	Cognitivo – Afectivo	Tristeza Pesimismo Fracaso Pérdida del placer Sentimientos de culpa Disconformidad con uno mismo Autocritica Pensamientos o deseos suicidas Llanto Desvalorización	1 2 3 4 5 7 8 9 10 14	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II
		Somático – Motivacional	Agitación Pérdida de interés Indecisión Pérdida de energía Cambios en los hábitos de sueño Irritabilidad Cambios de apetito Dificultad de concentración Cansancio o fatiga	11 12 13 15 16 17 18 19 20	

CAPÍTULO III
METODO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo básica, porque permite explicar y predecir fenómenos sociales, sin la necesidad de aplicar los resultados a problemas prácticos. Es de modalidad no experimental, ya que permite explicar un acontecimiento ocurrido e identificar las relaciones entre aspectos sin que suceda una manipulación directa de las condiciones experimentadas (McMillan y Schumacher, 2005).

3.2 Diseño de Investigación

Para el diseño de esta investigación se utilizó el método correlacional, cuyo propósito principal es la valoración de las relaciones entre dos o más fenómenos con el objeto de explicar su actuación (McMillan y Schumacher, 2005). Por otro lado, este estudio será de tipo transversal puesto que el instrumento será aplicado en un solo momento.

3.3 Población, muestra y unidad de análisis

3.3.1 Población:

Según la Dirección Regional de Educación Cajamarca, existen 3421 estudiantes de quinto grado de educación secundaria, matriculados en el periodo 2018 a nivel del distrito de Cajamarca los mismos que forman parte de la población de estudio.

3.3.2 Muestra:

Para determinar la muestra se utilizó el tipo de selección no probabilista intencional la misma que consiste en seleccionar una muestra representativa de la población siempre y cuando se tenga conocimiento de las características de la misma (Príncipe, 2016). Es así que para el proceso de la selección se determinó en los colegios más representativos del distrito de Cajamarca, que albergan la mayor

cantidad de población adolescente en nuestro contexto, por lo tanto, la muestra la constituyen 296 adolescentes de 15 a 16 años de sexo femenino y masculino, del distrito de Cajamarca, de instituciones estatales, matriculados en el periodo 2018 de quinto grado de educación secundaria.

Tabla 3

Proporción de estudiantes según sexo

	Variable	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
Sexo	Masculino	136	45.9%
	Femenino	160	54.1%
	Total	296	100%

3.3.3 Unidad de Análisis

Estudiante de quinto grado de educación secundaria, de Cajamarca, matriculado en el periodo 2018.

3.4 Instrumento de recolección de datos

Los instrumentos para esta investigación son dos escalas que se aplicó a la misma vez a todos los participantes.

3.4.1 Escala de Estilos de Socialización parental en la adolescencia (ESPA29)

Esta escala fue creada en España por Gonzalo Musitu Ochoa y José Fernando García en el año 2004, se puede aplicar individual o colectiva en adolescentes de 10 a 18 años, la duración es 20 minutos aproximadamente, incluyendo la aplicación y corrección. La escala está constituida por 29 ítems, donde se obtiene una suma total para cada padre en las dos dimensiones; aceptación/implicación y coerción/imposición. A partir de las puntuaciones de las dos dimensiones se obtiene el estilo de socialización para cada padre: autoritario, autorizativo, negligente e indulgente. Así mismo se pueden obtener valores con respecto a los indicadores que

representa a cada dimensión principal, Aceptación/implicación (diálogo, afecto, displicencia e indiferencia), y para la coerción/ imposición corresponde: (coerción verbal, privación y coerción física). De las 29 situaciones planteadas, 16 situaciones positivas, donde el adolescente evalúa 32 posibles respuestas de cada padre y 13 situaciones negativas donde se evalúa 80 posibles respuesta de cada padre en diferentes contextos o escenarios. Las puntuaciones van en una escala Likert: 1= nunca; 2= algunas veces; 3= muchas veces y 4= siempre, de acuerdo a la situación vivida en su hogar. En cuanto a la confiabilidad, las dos dimensiones tienen una consistencia interna muy alta (0,971) en aceptación/implicación y (0,960) en coerción/ imposición.

Con respecto a la Validez y confiabilidad de la prueba en el Perú, Jara. (2013). Realizó un estudio en la ciudad de Trujillo, con la finalidad de obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Socialización Parental en estudiantes de secundaria. La muestra estuvo conformada por 525 estudiante de 1ero a 5to de secundaria de Florencia de Mora, seleccionados por un muestreo probabilístico estratificado. La prueba alcanza una confiabilidad alta; en las escalas globales en madre y padre (Alfa=0,914) (Alfa=0,963). En las dimensiones de manera independiente en Madre y Padre; en la dimensión aceptación/implicación obtuvo (Alfa=0.86) (Alfa=0.88), y en Coerción/Imposición (Alfa=0.94) (Alfa=.95). Asimismo, obtuvo una adecuada correlación ítem-test en la mayoría de los ítems oscilando entre ($r=0,299$) ($r=0,841$).

3.4.2 Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II).

El BDI II (Beck Depression Inventory) consiste en un “instrumento de auto informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas

depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación” (Sanz y Vázquez, 1998). El test está conformado por un total de 19 ítems, los cuales presentan la opción de respuesta múltiple, pudiendo el evaluado puntuar cada ítem del 0 al 3 (0, 1, 2 ó 3), según la intensidad del síntoma percibido, de manera que un puntaje de 0 indica que la persona no experimenta el síntoma y del uno de 3 indicaría una mayor presencia del mismo.

En cuanto al puntaje y calificación, el inventario permite cuantificar la sintomatología depresiva de la siguiente manera, si la persona obtiene un puntaje entre 0 – 13, se considera que dicha persona no tiene síntomas depresivos; si la persona puntúa de 14 – 19, entonces tiene síntomas leves de depresión; si obtiene una puntuación entre 20 – 28, se considera que tiene síntomas depresivos moderados; mientras que el que cuenta con una puntuación que supere los 29 - 63 puntos, entonces nos encontramos ante un caso de sintomatología depresiva grave.

En cuanto a la Validez y confiabilidad en el Perú: Rodríguez, E. y Farfán (2015) realizaron una investigación para determinar las propiedades psicométricas del inventario de Depresión de Beck (BDI-II), en un grupo de 300 adolescentes varones y mujeres de 10 instituciones educativas estatales de la provincia de Huancayo. La validez de constructo fue evaluada por medio del análisis factorial exploratoria y confirmatoria. Los resultados obtenidos señalan que el inventario muestra un alfa de Cronbach de .891. Además, buenos índices de ajuste, saturaciones elevadas e índices de consistencia interna adecuados para ambas dimensiones. Según la investigación de Alcántara, (2008), el alfa de Cronbach fue de 0.94 para Por lo cual se concluye que el inventario posee adecuados niveles de fiabilidad y validez en la muestra estudiada.

3.5 Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó autorización a las autoridades (director y tutores) de las instituciones educativas implicadas en la investigación. La recolección de los datos se realizó en dos partes, en la primera se entregó a los estudiantes el consentimiento informado para obtener la autorización de sus padres, posteriormente se les entregó el asentimiento informado antes de la resolución del cuestionario siempre y cuando se tenía la autorización previa de los padres. La aplicación de los dos Instrumentos fue de tipo colectiva, se ingresó a cada aula en donde se le pidió a cada estudiante la resolución de los instrumentos, brindando información detallada para llenar correctamente los cuestionarios.

3.6 Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa de cálculo Excel y el programa estadístico informático SPSS Versión 22. El análisis que se realizó es de tipo cuantitativo. Se utilizaron análisis de frecuencias, análisis de porcentajes y correlaciones de Rho Spearman.

En primer lugar, se realizó el análisis de fiabilidad a través de Alfa de Cronbach, para determinar la fiabilidad de los instrumentos de medición. ESPA-29 (Alfa = .897) Inventario de depresión de Beck (Alfa = .900).

Posteriormente se utilizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, la que nos permite comprobar si las variables de investigación, se distribuye normalmente. Tomando en cuenta, el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal. En el caso de esta investigación, la distribución no es normal (nivel de significación < 0.05), (ver anexo H).

Tras conocer la distribución de los datos se optó el uso del método estadístico no paramétrico de Correlación de Spearman, la cual se aplica a aquellos estudios en los que no se cumple con los supuestos de normalidad. Así mismo, permite identificar si, al aumentar el valor de una variable, aumenta o disminuye el valor de la otra variable, y ofrece un coeficiente de correlación, que cuantifica el grado de asociación entre dos variables numéricas (Martínez, González, Faulín y Fajardo, 2006).

El coeficiente de correlación de rangos de Spearman puede puntuar desde -1.0 hasta +1.0, y se interpreta así: los valores cercanos a +1.0, indican que existe una fuerte asociación entre las clasificaciones, o sea que a medida que aumenta un rango el otro también aumenta; los valores cercanos a -1.0 señalan que hay una fuerte asociación negativa entre las clasificaciones, es decir que, al aumentar un rango, el otro decrece. Cuando el valor es 0.0, no hay correlación (Anderson, Sweeney, & Williams, 1999).

Además, es necesario tener en consideración la significancia del valor de r_s , dada por el valor de p que lo acompaña. Cuando el valor de p es menor que 0.05, se puede concluir que la correlación es significativa, lo que indica una relación real, no debida al azar (Mondragón, 2014)

En esta investigación existe relación de la dimensión coerción/imposición en padres y la sintomatología depresiva en los adolescentes, porque el valor de Rho Spearman es (0.120*) con un valor de sig. ($p=0,039$). Es decir, a medida que la coerción/imposición aumenta, la sintomatología depresiva, también aumenta y viceversa.

3.7 Consideraciones éticas

En esta investigación se contó con la autorización del Director y los tutores para llevar a cabo la evaluación en las aulas de las distintas Instituciones Educativas estatales. Previamente se obtuvo la autorización de los padres de cada participante, así como el asentimiento informado de cada estudiante. Finalmente, las evaluadoras se comprometieron a entregar los resultados del estudio a las respectivas Instituciones Educativas estatales.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

4.1.1. Estilos de Socialización Parental

Según se observa en el gráfico N° 2, el 63.5% de los encuestados percibe un estilo de socialización materno Autorizativo; seguido del estilo de socialización Indulgente con un 24.7% mientras que el 6.8% califica a sus madres en un estilo Autoritario y finalmente el 5.1% percibe en un estilo de socialización, Negligente. (Ver gráfico N° 2).

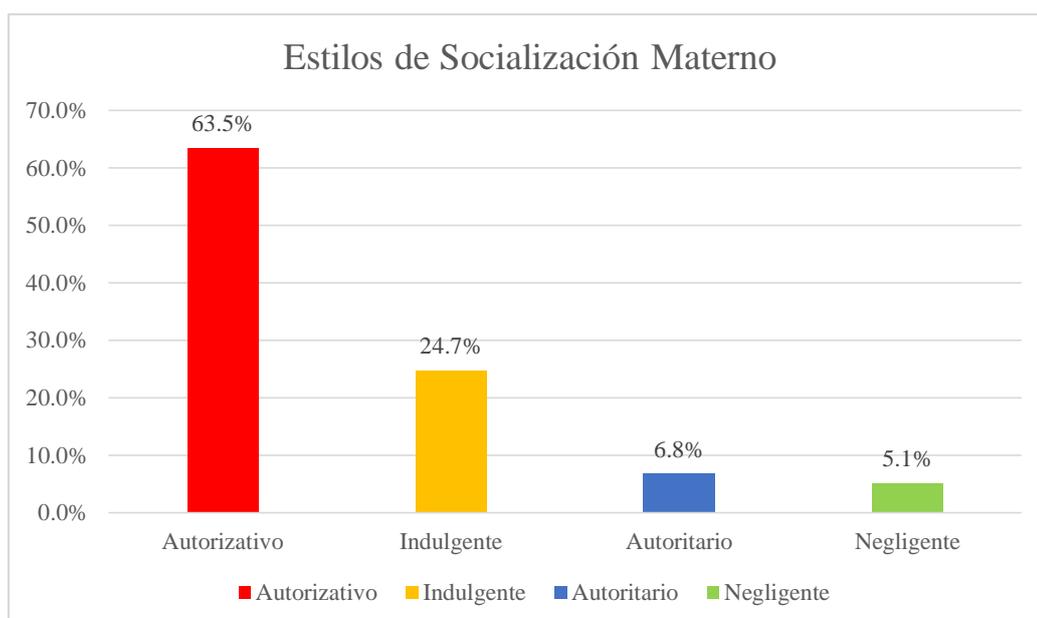


Gráfico N° 2. Estilos de Socialización materno en adolescentes de Cajamarca.

Respecto al estilo de socialización paterno, en el gráfico N° 3, el 54.4% de los encuestados tiene una percepción del padre como Autorizativo; mientras que el 27.4% percibe un estilo Indulgente, seguido por el 9.5% que califican al padre como Autoritario y en menor porcentaje se observa el estilo Negligente en 8.8% (Ver gráfico N° 3).

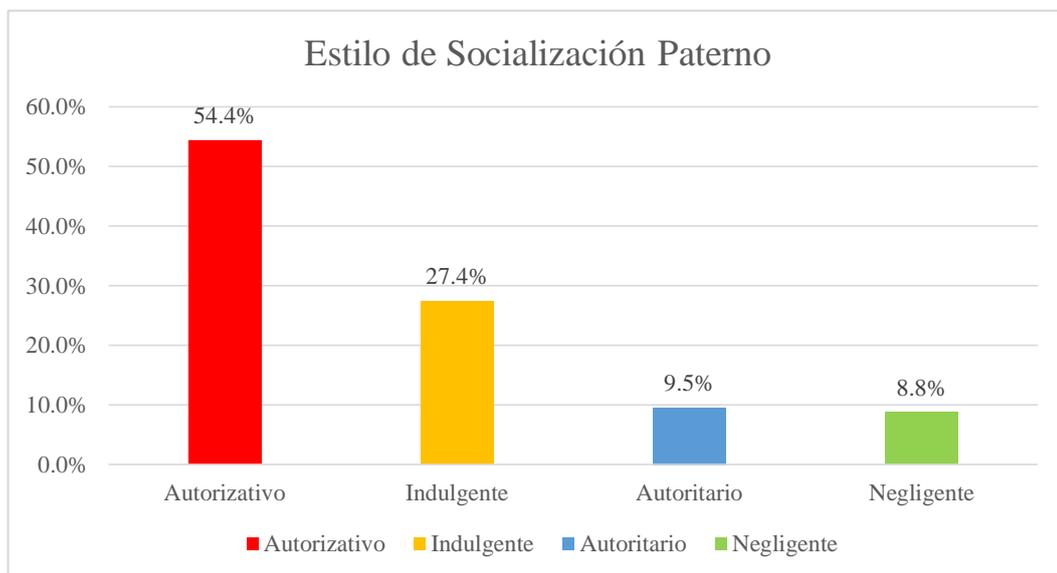


Gráfico N° 3. Estilos de Socialización paterno en adolescentes de Cajamarca.

4.1.2. Sintomatología Depresiva

Respecto a la Sintomatología Depresiva general, se halló que el 52.4% de los adolescentes, presenta un nivel mínimo, seguido por el 21.3% que presenta un nivel leve, el 15.5% obtiene un nivel Moderado y posteriormente el 10.8% presenta un nivel Severo o grave de sintomatología depresiva. (Ver gráfico N° 4).

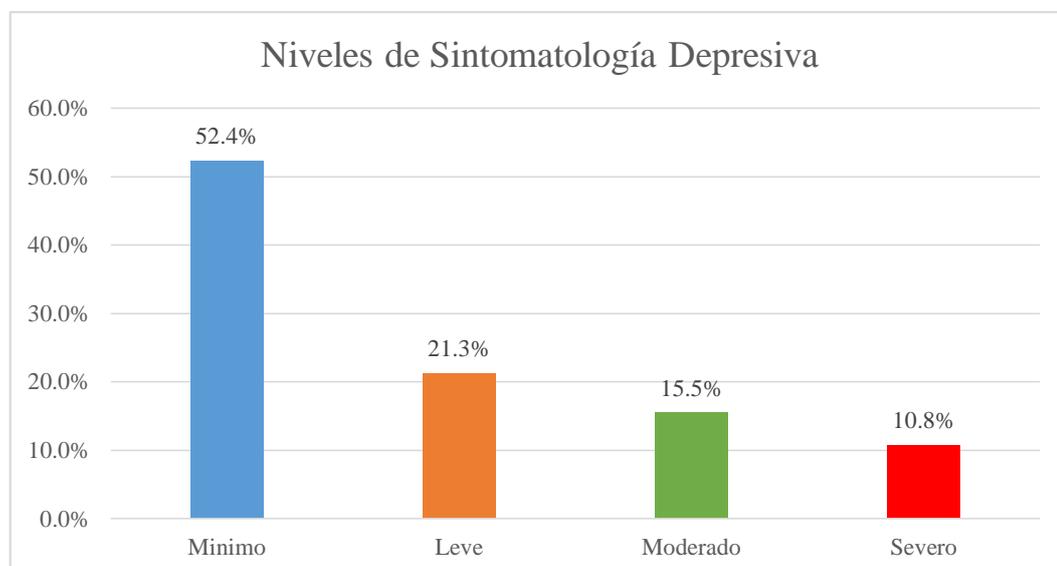


Gráfico N° 4. Niveles de sintomatología depresiva en adolescentes de Cajamarca

4.1.2.1. Sintomatología Depresiva Según Sexo.

En el gráfico N° 5, se aprecia que los hombres muestran mayor nivel de sintomatología depresiva en el nivel Mínimo (65.4%) Vs. (41.3%) en las mujeres. Sin embargo, las adolescentes mujeres presentan mayores porcentajes de sintomatología depresiva en los niveles Leve (25.6%) Vs. (16.2%), Moderado (19.4%) Vs. (11.0%), y Severo (13.8%) Vs. (13.8%) con respecto a los hombres (Ver gráfico N° 5).

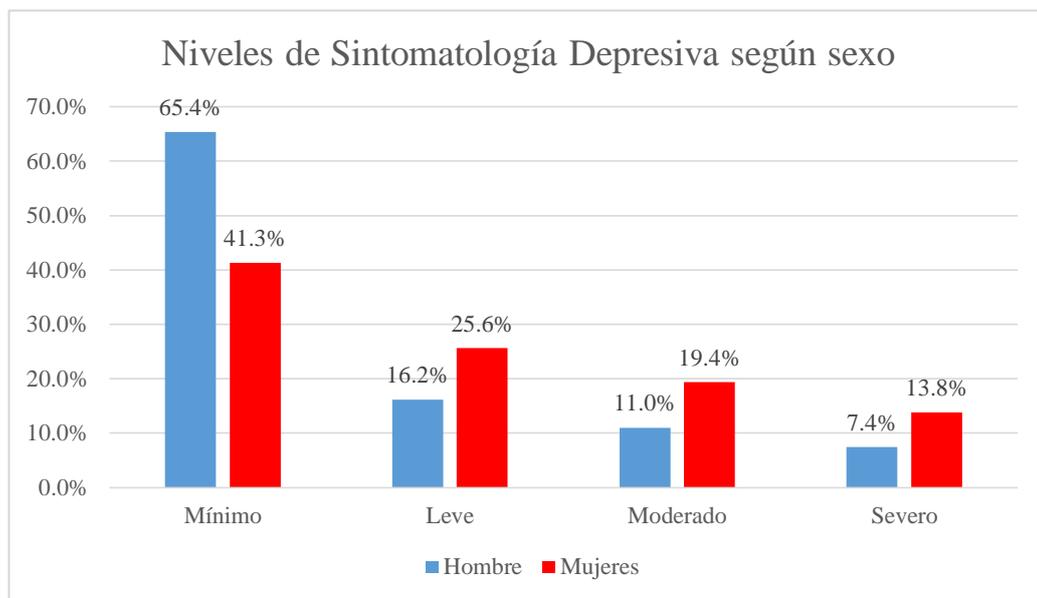


Gráfico N°5. Niveles de Sintomatología Depresiva en adolescentes de Cajamarca según sexo.

4.1.3. Análisis Correlacionales

Como se puede observar en la tabla 04, la prueba estadística no paramétrica Rho Spearman, indica un valor de ($p = .221$) lo cual significa que no existe una relación significativa en cuanto a la dimensión aceptación/implicación de la madre y la sintomatología depresiva. No obstante, en cuanto al análisis por indicadores se observa que, en el indicador Afecto, existe una correlación inversa con magnitud débil (-0.195^{**}) y con un nivel de significancia de ($p = .001$). De la misma forma, el indicador Diálogo, expresa que existe una relación negativa débil de (-0.178^{**}) con

un valor de significancia de ($p=.002$). En tanto al indicador Indiferencia se observa una relación positiva baja de ($.209^{**}$), también se puede apreciar el nivel de significancia ($p =.000$). Finalmente, en el indicador, Displícencia, se observa que existe una relación positiva baja ($.229^{**}$), con un nivel de significancia ($p =000$). (Ver tabla 4).

Tabla 4

Correlación y significancia de la Dimensión Aceptación/Implicación según estilo materno y Sintomatología Depresiva.

Dimensión de Estilos de Socialización parental	Indicadores Dimensión	Sintomatología Depresiva	Significancia
Dimensión Aceptación / Implicación	Afecto	-,195**	,001
	Indiferencia	,209**	.000
	Diálogo	-,178**	.002
	Displícencia	,229**	.000
	Total	-0.71	.221

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

De igual manera en la tabla 5, se observa que el valor ($p=.170$) indica que no existe una relación significativa en cuanto a la dimensión coerción/imposición de la madre y la sintomatología depresiva. Sin embargo, el indicador Coerción física, muestra una relación positiva débil ($.154^{**}$) con un valor de significancia ($p=.008$) (Ver tabla 5).

Tabla 5

Correlación y significancia de la Dimensión Coerción/Imposición según estilo materno y Sintomatología Depresiva.

Dimensión de Estilos de Socialización parental	Indicadores Dimensión	Sintomatología Depresiva	Significancia
	Privación	,018	.754
Dimensión Coerción / Imposición	Coerción Física	,154**	.008
	Coerción Verbal	,140*	.884
	Total	0.080	.170

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Con referencia a la relación de la dimensión aceptación/implicación de los padres y la sintomatología depresiva, se puede apreciar un valor de ($p=.879$) lo cual indica de igual forma, que no existe una relación significativa en estas dos variables. En cuanto al indicador Afecto, existe una relación negativa débil (-170^{**}), donde el valor de significancia es ($p=.003$). De manera semejante el indicador Diálogo, tiene una relación negativa débil (-117^{*}) con un nivel de significancia ($p=.045$). Sin embargo, el indicador Indiferencia tiene una relación positiva baja ($.270^{**}$), con un nivel de significancia ($p=.000$). Así mismo, en el indicador Displícencia, existe una relación positiva baja ($.299^{**}$) con un valor de significancia de ($p=.000$) (Ver tabla 6).

Tabla 6

Correlación y significancia de la Dimensión Aceptación/Implicación según estilo paterno y sintomatología depresiva.

Dimensión de Estilos de Socialización parental	Indicadores Dimensión	Sintomatología Depresiva	Significancia
Dimensión Aceptación / Implicación	Afecto	-,170**	,003
	Indiferencia	,270**	.000
	Diálogo	-,117*	.045
	Displicencia	,299**	.000
	Total	-0.77	,879

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 7, se aprecia una relación positiva débil de (.120*) y un valor de significancia de (p=.039) en la dimensión coerción/ imposición de los padres con la sintomatología depresiva, lo que quiere decir que existe una relación en estas dos variables. De igual manera el indicador Coerción física guarda una relación positiva débil de (.191**) con un valor de significancia (p=.001). En el indicador Coerción verbal, también existe una relación positiva débil de (.153**) donde el valor de significancia es de (p=.008) (Ver tabla 7).

Tabla 7

Correlación y significancia de la Dimensión Coerción/Imposición según estilo paterno y la Sintomatología Depresiva.

Dimensión de Estilos de Socialización parental	Indicadores Dimensión	Sintomatología Depresiva	Significancia
	Privación	0,042	0,469
Dimensión Coerción / Imposición	Coerción Física	0,191**	0,001
	Coerción Verbal	0,153**	0,008
	Total	0.120*	0,039

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4.2. Discusión de Resultados

En el presente estudio se buscó identificar la relación entre las dos dimensiones de la socialización parental, aceptación/implicación y coerción/imposición de la teoría de Musitu y García y la sintomatología depresiva según la propuesta de Aron Beck, en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca.

Al analizar el objetivo general, los resultados obtenidos en este estudio, según la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman indicaron un valor de ($p > .05$), lo cual indica que no existe relación significativa en cuanto a la dimensión aceptación/implicación tanto en madres como en padres con la sintomatología depresiva. De igual manera en la dimensión coerción/imposición ($p > .05$) en las madres, indica que no existe una relación significativa de esta dimensión con la sintomatología depresiva. Por el contrario, en la dimensión coerción/imposición con respecto a los padres, se puede apreciar ($p < .05$), lo que indica, que existe una relación significativa positiva débil con la sintomatología depresiva, cabe decir que

a mayor coerción/imposición de los padres, mayor sintomatología depresiva y viceversa.

En un análisis detallado por indicadores de la dimensión **aceptación/implicación**, se evidencia que ($p < .05$) en los indicadores Afecto y Diálogo tanto en las madres como en los padres, lo que quiere decir que existe una relación significativa negativa o inversa con la sintomatología depresiva. En otras palabras, a más afecto y diálogo tanto en las madres como en los padres, menor sintomatología depresiva y viceversa. En cuanto a los indicadores Indiferencia y Displencia, en madres y padres, también se observa una relación significativa directa ($p < .05$). Lo que explica que a mayor indiferencia y displencia mayor sintomatología depresiva y viceversa.

Los resultados de la dimensión **coerción/imposición** también indican en cuanto al indicador Coerción física en las madres y en los padres, que existe una relación directa con la sintomatología depresiva ($p < .05$). De la misma forma, el indicador Coerción verbal de los padres presenta un valor de ($p < .05$), esto indica que existe una relación directa con la sintomatología depresiva. En otras palabras, los adolescentes que tienen padres que optan por los maltratos físicos y verbales para corregir a sus hijos ante conductas inadecuadas están más propensos a padecer síntomas depresivos.

Todos estos hallazgos, concuerdan con los resultados que presentan Andrade, et al. (2012); Garber, et al. (1997); Vallejo, et al. (2008) donde afirman que la sintomatología depresiva se relaciona de forma negativa o inversa con la comunicación, aceptación, autonomía y control conductual y mantiene una relación directa con el control psicológico e imposición de ambos padres. Al respecto Pérez,

(2013) menciona que los adolescentes que son criados por padres afectivos y cariñosos que usan el razonamiento y el dialogo para educar a sus hijos, muestran un elevado autocontrol y autoconfianza lo que les permite tener un buen ajuste psicológico. Por su parte Arenas, (2009) explica que cuando se da una ineficiente comunicación en el ambiente familiar en el peor de los casos se produce en él adolescente conductas calificadas como rebeldes, comienza la crisis existencial y esto desencadena tristeza, desesperanza y en alguna situación perdida de las ganas de vivir. Así mismo Esteve, (2004) nos indica que por lo general los padres suelen utilizar las estrategias de privación, coerción física y verbal con lo cual pueden obtener resultados inmediatos, pero hay que tener en cuenta que si no se utilizan en equilibrio con el diálogo el control será temporal, y puede causar más problemas emocionales en los adolescentes.

En cuanto al primer objetivo específico, identificar el estilo de socialización parental con más preponderancia en los adolescentes de quinto grado de secundaria de Instituciones Educativa de Cajamarca. Según los hallazgos obtenidos, se encuentra que los adolescentes, perciben, en una mayor preponderancia el estilo autorizativo tanto materno como paterno con un (63.5% y 54.4%) en la muestra estudiada, lo cual concuerda con los resultados de (Cuenca y Marquina, 2013) en el cual exponen que, en Cajamarca, se presenta con mayor frecuencia el estilo de socialización *autorizativo*. Es decir, un alto porcentaje de los adolescentes cajamarquinos estarían siendo criados en hogares donde existe un equilibrio entre el afecto, control y el dialogo, como consecuencia los hijos logran interiorizar y acatar las normas sociales; son respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza, tienen elevado autocontrol y autoconfianza; son competentes

académicamente; tienen un buen auto concepto familiar y académico (Pérez, 2013). No obstante, los resultados de este estudio, difieren con las afirmaciones de Ramírez y Díaz, (2017) y estudio de (López y Huamani, 2017) donde indican el *control sin afecto* y el estilo *autoritario* en mayor porcentaje.

Por otra parte, el estilo *indulgente* es percibido en un porcentaje significativo de 24.7% en madres y 27.4% en padres, resultados que corroboran los hallazgos de (Pérez, 2012) en donde menciona que este estilo *indulgente* es considerado por los padres, como uno de los más idóneos en la educación de los hijos. Este estilo se caracterizaría por padres que muestran una relación más simétrica donde los padres actúan como si sus hijos fuesen personas adultas y capaces de autorregularse, consultan con sus hijos decisiones importantes y evitan el control y la imposición (Musitu y García, 2001).

En cuanto al estilo *Autoritario* se observa que los adolescentes califican en un porcentaje de 6.8% a las madres, y en 9.5% a los padres. Esta relación paterno filial está caracterizada por padres que valoran la obediencia como una virtud, que para corregir usan la fuerza con la finalidad de doblegar la voluntad de sus hijos (Musitu y García, 2004) como consecuencia los hijos muestran cierto resentimiento hacia los padres; menor autoestima familiar; se someten a las normas sociales sin saber por qué; suelen presentar obediencia a las fuentes de autoridad y poder más que a las de razón, manifiestan más problemas de ansiedad y depresión (Pérez, 2013).

Un porcentaje menor se obtiene en los padres que son percibidos por los adolescentes en un estilo *negligente* con un 5.1% en madres y un 8.8% en los padres, quienes tienen dificultades para interactuar con sus hijos, al igual que para definir

límites en sus relaciones con ellos. Son padres que no supervisan sus actividades y no se implican en interacciones con ellos, dejando que sean los propios hijos quienes definan sus límites (Musitu y García 2001). Los hijos de estos padres son más testarudos y por lo general se encuentran en medio de conflictos ya que suelen actuar impulsivamente.

Respecto al siguiente objetivo específico, conocer la prevalencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca. Se halló de manera general que un 47% de los adolescentes tienen sintomatología depresiva. Estos resultados son semejantes a los hallazgos que refiere Ramírez y Díaz (2017) puesto que indica que un 42.4% de adolescentes presentan sintomatología depresiva.

En cuanto a los niveles de depresión los resultados obtenidos señalan un 52.4% con nivel mínimo de sintomatología depresiva seguido del 21.3% con un nivel leve, mientras que un 15.5% obtiene un nivel moderado y un porcentaje menor de 10.8% con nivel severo o grave. Los resultados obtenidos son semejantes a los encontrados en Lima por, Cerna (2015) ya que halló un alto porcentaje de adolescentes de una institución educativa pública, con nivel mínimo de sintomatología depresiva 51 %, mientras que un 19% alcanza un nivel leve, por otra parte el 21% de adolescentes, obtuvo un nivel moderado y un 9% muestra un nivel grave de sintomatología depresiva. De igual manera según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, en el año 2005 refiere que un porcentaje de 4,4% de adolescentes en nuestra ciudad tienen un nivel grave de síntomas depresivos.

En la relación al tercer objetivo específico, conocer la prevalencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca, según sexo. Los resultados, indican que las mujeres presentan mayores niveles de sintomatología depresiva con respecto a los adolescentes hombres. Estos resultados concuerdan con Veytia, et al. (2012), Andrade, et al. (2012) y Vallejo, et al. (2008) puesto que afirman que la sintomatología depresiva afecta en mayor medida a las adolescentes mujeres. Frente a esto Papalia, et al. (2001) menciona que antes de la pubertad, los índices de depresión son iguales en los niños y las niñas, sin embargo, esto varía a partir de los 15 años, ya que las mujeres tienen doble riesgo de sufrir depresión en comparación con los hombres. Menciona que esto podría ser probable porque las niñas tienen menos medios asertivos para enfrentar el cambio que supone esta etapa, esto unido a los desafíos y cambios mayores que deben enfrentar las adolescentes, las coloca en una posición de más riesgo.

A manera de conclusión con referencia a los resultados obtenidos, la dimensión aceptación/implicación no muestra relación significativa con la sintomatología depresiva, tanto en padres como en madres. La dimensión coerción/imposición en padres, muestra relación directa con la sintomatología depresiva. No obstante, no podemos confirmar la hipótesis que indica una relación significativa entre las dimensiones de socialización parental puesto que no se cumple este postulado en su totalidad.

De manera específica los hallazgos indican que la sintomatología depresiva se relaciona de manera negativa con los indicadores diálogo y afecto en madres y padres. Por otra parte, los indicadores, indiferencia y displicencia en madres y en

padres tienen una relación directa, con la sintomatología depresiva. De igual manera se evidencia una relación directa del indicador coerción física en madres, con la sintomatología depresiva. Y finalmente se aprecia una relación directa de los indicadores coerción física y coerción verbal en padres con la sintomatología depresiva.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- No existe relación significativa entre la dimensión aceptación/implicación con la sintomatología depresiva de los adolescentes de quinto grado de educación secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca. La dimensión coerción/imposición de socialización parental, en padres, muestra relación directa con la sintomatología depresiva.
- El estilo de socialización predominante percibido en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria de instituciones Estatales de Cajamarca es el estilo Autorizativo, con un 63.5% en madres y 54.4% en padres.
- El 52.4% de los adolescentes evaluados, presentan un nivel mínimo de sintomatología depresiva, mientras que el 21.3% tiene un nivel leve, un 15.5% tiene un nivel moderado y un porcentaje menor del 10.8% tiene un nivel severo de sintomatología depresiva.
- Se halló que las mujeres presentan mayores niveles de sintomatología depresiva con respecto a los hombres, en el nivel Leve (25.6%) Vs. (16.2%), Moderado (19.4%) Vs. (11.0%), y Severo (13.8%) Vs. (13.8%) con respecto a los hombres

5.2. Recomendaciones

- A los profesionales de salud mental, elaborar programas de prevención, en relación a la mejora de la dinámica familiar y el abordaje de la sintomatología depresiva en la población en riesgo.
- A los padres de familia con hijos adolescentes, tener en cuenta que es fundamental un estilo parental equilibrado tanto en diálogo como en el control en la crianza de los hijos, para garantizar una adecuada salud mental en los adolescentes.
- Se propone como un tema a seguir investigando a los estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad Antonio Guillermo Urrelo, puesto que según los resultados de esta investigación los índices de la sintomatología depresiva en los adolescentes cajamarquinos van en aumento y es relevante contar con información actualizada que permita realizar programas con una adecuada prevención e intervención con respecto a esta temática.
- A los psicólogos, y autoridades de las Instituciones educativas estatales de Cajamarca, planear estrategias para una adecuada prevención e intervención directa sobre todo con las adolescentes mujeres, ya que son ellas las que presentan mayores índices de sintomatología depresiva y por ende, presentan mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo, que terminará afectando el desarrollo integral de las mismas.

REFERENCIAS

- Alcántara, N. (2008) Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH [tesis]. Lima: Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/403/ALCANTARA_ZAPATA_NATALI_SINTOMATOLOGIA_DEPRESIVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aberastury, A. Knobel, M. (2004) *La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Educador. Recuperado de <https://es.slideshare.net/AndrMirgo/la-adolescencia-normal-un-enfoque-psicoanalitico-arminda-aberastury-y-mauricio-knobel>
- Aliaga, M. y Morocho, J. (2008) Resiliencia y estilos de socialización parental en escolares de 4to y 5to año de secundaria de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI 1* (2) pp. 67 – 91 Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3840/3074>
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (revisado 4ª ed.). Washington.
- Anderson, D. R., Sweeney, D. J., & Williams, T. A. (1999). *Estadística para administración y economía*. México: International Thomson Editores.
- Andrade, P. Betancourt, D., Vallejo, A., Celis, B. y Rojas, R. (2012) Prácticas parentales y sintomatología depresiva. *Salud Mental, 1* (35), 29-36. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a5.pdf>
- Arenas, A. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de

San Marcos, Lima. Recuperado de:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/Arenas_as.pdf

Arnett, J. (1995) Broad and Narrow Socialization: The Family in the Context of a Cultural. *Journal of Marriage and the Family*. 57, (3). (Aug., 1995), pp. 617-628. Recuperado de: Theory http://www.jeffreyarnett.com/Arnett_1995_JMF.pdf

Benjet C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C. et al. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*, 46 (5): 417-423. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007

Beck. A. y Clark, D. (1988) Information processing perspective *Anxiety Research 1* (1) 23-36 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/10615808808248218>

Calderón, G. (1984) Causas de la Depresión. En (Autor). *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. México D.F.: Editorial trillas S.A

Carranza, R. (2011). Propiedades psicométricas de inventario de Beck para universitarios de Lima. Tesis para optar el título en psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión. Recuperado de http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219

Castillo, W. (06 de septiembre de 2014) La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. Perú 21. Recuperado de

<https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854>

Céspedes, A. (2008) *Educación de las Emociones, educación para la vida*. Chile: B S.A.

Cerna, I. (2015) Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. *Revista Psicológica Herediana* 10 (1-2), 2015. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RPH/article/view/3021>

Coloma, J. (1993) Estilos Educativos Paternos. En J. Quintanilla (Ed) *Pedagogía Familiar*, Quintana Cabanas. Madrid 31-45.

Cordero, K., Hernández, k. (2016) Socialización parental y estilos de afrontamiento en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa privada de Lima- este – Perú. Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/541>

Cuenca, L. y Marquina, Y. (2013) Relación entre los estilos de crianza y el bienestar psicológico en los adolescentes de tercero y cuarto grado de educación secundaria de la ciudad de Cajamarca. *Tendencias en Psicología*. 1 (2) 16-24 Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ekGUJNTr5mUJ:revistas.upagu.edu.pe/index.php/TP/article/download/331/255+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

- Cutipe, Y. (3 de febrero de 2018) Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental [INFOGRAFÍA]. Perú 21. Recuperado de <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993) Parenting Style as Context: An Integrative Model. *113* (3) 487-496. Recuperado de <http://www2.oberlin.edu/faculty/ndarling/lab/psychbull.pdf>
- Diez, M. (2003) Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *1*(3), 645-653. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730313.pdf>
- Esteve, J. (2004) Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes. (Tesis Doctoral) Universidad de Valencia. España. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10184/esteve.pdf>
- Garber, J., Robinson, N. y Valentiner, D. (1997). The Relation Between Parenting and Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Research*, *1*(19), 12-33. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0743554897121003#articleCitationDownloadContainer>
- González-Forteza, C., Solís Torres, C., Jiménez Tapia, A., Hernández Fernández, I., González-González, A., Juárez García, F., Medina Mora, M. E., Fernández-Varela Mejía, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, *34*: 53-59.

- Gómez Bandera (1999) Características del crecimiento y desarrollo del adolescente. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral en la Adolescencia, 51–106. Recuperado de <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20IV.pdf>
- Hendersón, S. (s/f) Aspectos psicológicos de la adolescencia. Uruguay. Recuperado de <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompleto/s/appia/079737211977041-203.pdf>
- Huberty, T. (2012). Anxiety and depression in children and adolescents: assessment, intervention, and prevention. Indiana: Springer.
- Hurlock, E. (1994) *Psicológica de la adolescencia*. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2005) Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Cajamarca 2003[Monografía]. *Monografías de Investigación, 10*, 119-134. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/85nvestigación/archivos/estudios/2003-SMI010-EESM-C/files/res/downloads/book.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2002) Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/oeaide.htm>
- Instituto Nacional de Estadística e informática INEI (11 de agosto del 2015) *El 27% de la población peruana son jóvenes* [Nota de Prensa] Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-27-de-la-poblacion-peruana-son-jovenes-8547/>

- Jara, K. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de estilos de socialización parental en estudiantes de secundaria. *Revista Psicológica, 15* (2), 194-207. Recuperado de: <http://www.ucv.edu.pe/sites/publicaciones/psicología/2013-2.pdf>
- López, L & Huamaní, M. (2017). Estilos de crianza parental y problemas de conducta en adolescentes de una I.E. Pública de Lima Este, 2016 (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima.
- Magaz, A. y García, E. (1998). Perfil de Estilos Educativos. España: Grupo AlborCOHS.
- Mariño, M., Medina-Mora, M., Chaparro, J. y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 10*(2), 141-145.
- Martínez, A., y Muñoz (2010) A. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses: España.
- Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, & Faulín Fajardo, F. J. (2006). Bioestadística amigable. Madrid: Díaz de Santos.
- McMillan, J. Schumacher, S. (2005) Modalidades de investigación, técnicas de recogida de datos e informes de investigación. *Investigación educativa.* (37-85) Madrid: Pearson educación, S. A.
- Mellin, E. y Beamish, P. (2002). Interpersonal theory and adolescent with depression: Clinical update. *Journal of Mental Health and Counseling, 24*, 110-125. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview>

/126^a807c9d7c68dd78ce3fcf60321d92/1?pq-origsite=gscholar&cbl
=47399

Ministerio de Salud (2006) Guía práctica clínica en salud mental y psiquiatría.

Guía práctica clínica en depresión, Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM648-2006%20Salud%20Mental%20y%20Psiquiatria.pdf>

Mondragón M.(2014) Movimiento Científico. *Uso de la correlación de spearman en un estudio de intervención en fisioterapia*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5156978>

Moraleta, M. (1999) Adolescencia. En (Autor) *Psicología del desarrollo: infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México D.F: Alfa y Omega. S.A.

Musitu, G. y Allat, J. (1994) Escala de Estilos de Socialización parental en la adolescencia. España: TEA Ediciones, S.A.

Musitu, G. y García F. (2001) Escala de Estilos de Socialización parental en la adolescencia. España: TEA Ediciones, S.A.

Navarrete, L. (2011) Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula (Tesis para optar el grado de Magister) Universidad del Bío Bío. Chile.

Oliva, A., Parra, A., Sánchez, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, (23)1, 49_56

Olivo, D. (2012) Ansiedad y Estilos parentales en una muestra de adolescentes de lima metropolitana (Tesis Licenciatura) Pontificia Universidad

Católica del Perú: Perú. Recuperado de

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4431>

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

Organización Mundial de la Salud (2014) Health for the world's adolescents.

Recuperado de https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf

Organización Mundial de la Salud (2019) Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Depresión: Una crisis global, de Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/WMHDay%20Packet%20-%20Spanish%20Translation.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017) Recuperado de <http://www.who.int>

[/mediacentre/factsheets/fs369/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/)

Palacios, H. (s/f) Adolescencia. Universidad Pedagógica Experimental del

Libertador. Recuperado de <http://www.sicapacitacion.com/libros/psicologia/LA%20ADOLESCENCIA.PDF>

- Papalia E., Wendkos y Dusking (2001). Desarrollo físico y salud en la adolescencia. En Autores (Eds), *Psicología del Desarrollo* (Vol. 8 pp 594-635). Colombia: McGraw-Hill Interamericana S.A
- Pedreida, J. y Martín L. (2000) Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. Recuperado de <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/570/04%20BASES%20PARA%20UNA%20COMPRESI%C3%93N%20ACTUALIZADA%20D S0120.pdf>
- Pérez, C., Rivera, C., Soto, E., Muñoz, M (2011) Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. *Revisión Neurológica*, 12(3) 149-154. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2011/rmn113e.pdf>
- Pérez, P. (2012) La socialización parental en padres españoles con hijos de 6 a 14 años. *Psicothema* 24 (3) 371-376. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72723439005.pdf>
- Pérez, O. (2013) Socialización Parental en la Adolescencia (Tesis de Licenciatura) Universidad Rafael Landivar. Quetzaltenango – Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/24/Perez-Orlando.pdf>
- Pineda, S., y Aliño., M. (2002). El concepto de Adolescencia. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral en la Adolescencia, 15–23. Recuperado de <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>

- Pomalima, R. (3 de febrero de 2018) Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental [INFOGRAFÍA]. Perú 21. Recuperado de <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>
- Príncipe, G. (2016) Investigación científica teoría y metodología. Universidad Cesar Vallejo. Perú.
- Ramírez, M. y Díaz, G. (2017) Estilos parentales percibidos y sintomatología depresiva en escolares de secundaria. *CASUS*. 2 (2):119-126. Recuperado de: http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/261/Ram%C3%Adrez_Diaz_articulo_CASUS_2017.pdf?sequence=1
- Raya, A. (2008). Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia (Tesis de doctorado). Universidad de Córdoba. Córdoba. Recuperado de http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/2351/abre_fichero.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, 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. Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/645>
- Rodríguez, E. y Farfán, D. (2015) Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de

Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria* 4 (2) 71-78
Recuperado de <http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/download/688/773>.

Sander, J. y McCarty, C. (2005). Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 203-219

Sanz, J. y Vásquez, C. (1995) Trastornos del Estado de Animo. *Teorías Psicológicas*. En Beloch, A., Sandin, B, y Ramos F. (Eds) Manual de Psicopatología (pp. 342-376). España: Lavel, S.A. Industria Gráfica.

Sanz, J. y J Vásquez (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de beck. *Psicothema*, 10, (2)303-318.
Recuperado de <http://psicothema.com/pdf/167.pdf>

Torío, S y Rodríguez, M. (2008). Estilos Educativos Parentales. Revisión bibliográfica y Reformulación Teórica. *Teoría Educativa*. 151-178.
Ediciones Universidad de Salamanca: Salamanca. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/988>

Torregoza, J., Fernández, C. (1984) La Interiorización de la Estructura social. En J. Torregoza y E. Crespo (Eds) *Estudios Básicos de la Psicología Social*. (pp. 421-446) Barcelona: Ed, Hispano Europea. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/41318/1/la%20interiorizaci%C3%B3n%20de%20a%20estructura%20social.pdf>

Vallejo, A. Osorno, R. y Mazadiego T. (2008) Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos.

Enseñanza e Investigación en Psicología 13, (1) 91-105 Recuperado de
<http://www.redalyc.org/html/292/29213108/>

Vanderstraeten, R. (2000) Luhmann on socialization and education, en:

Educational Theory, 50 (1): 1-25. Recuperado de

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-5446.2000.00001.x/full>.

Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2002). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.

Veytia, M., González N., Andrade P. y Oudhof, H. (2012) Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental* 35(1) 37-43. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006

Yubero, S. (S/f) *Socialización y Aprendizaje Social*. Universidad del País de Vasco. Recuperado de <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+XXIV.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: DIMENSIONES DE SOCIALIZACION PARENTAL Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE QUINTO GRADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DE CAJAMARCA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLES	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
¿Cuál es la relación que existe entre las dimensiones de socialización parental y la sintomatología depresiva en adolescentes de quinto grado de educación Secundaria en Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca?	<p>General: Identificar la relación entre las dimensiones de socialización parental y sintomatología depresiva en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca.</p> <p>Específico 1: Describir cuál es el estilo de socialización parental con más preponderancia en los adolescentes de quinto grado de secundaria en</p>	<p>Este estudio cobra relevancia porque contribuye a brindar mayor atención a la salud mental de los adolescentes, considerando que la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 10 a 19 años. Diversas investigaciones señalan que, una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales presentan los primeros síntomas a los 14 años de edad. En consecuencia, si los adolescentes con problemas de salud mental reciben una adecuada atención, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida. (OMS, 2014).</p> <p>Desde esta perspectiva, los resultados que aporta esta investigación brinda información actualizada que permitirá una acertada intervención y prevención por los profesionales e instituciones que abordan la temática de la responsabilidad parental con el</p>	Existe relación significativa entre las dimensiones de socialización y Sintomatología Depresiva en adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca.	<p>DIMENSIONES DE SOCIALIZACION PARENTAL</p> <p>-Aceptación / Implicación.</p> <p>- Coerción / Imposición</p> <p>SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA</p>	<p>Escala de Estilos de Socialización parental en la adolescencia (ESPA29)</p> <p>Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II).</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Básica, no experimental.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Método correlacional, de tipo transversal.</p>

	<p>Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca.</p> <p>Específico 2:</p> <p>Describir la prevalencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca.</p> <p>Específico 3:</p> <p>Describir la prevalencia de la sintomatología depresiva en adolescentes quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas Estatales de Cajamarca, según sexo</p>	<p>propósito de contribuir a mejorar el bienestar integral de las familias cajamarquinas.</p> <p>En el campo de la investigación, este estudio, sirve para ampliar la información teórica existente en cuanto al conocimiento acerca de la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en adolescentes, la predominancia de los estilos de socialización parental y la relación de las dimensiones de socialización parental y sintomatología depresiva en adolescentes cajamarquinos, puesto que la documentación en esta temática es limitada en la ciudad de Cajamarca.</p>				
--	---	---	--	--	--	--

ANEXO B

FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

<i>Nombre Original</i>	<i>Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)</i>
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Procedencia	EE.UU.
Estandarización Peruana	Rodríguez Amaro, Eder Apolos; Farfán Rodríguez, Daniel (2013)
Administración	Individual y colectiva.
Duración	5- 10 minutos.
Aplicación	Hombres y mujeres de 13 años a más
Puntuación	Escala de Likert del 0 al 3
Significación	Evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva
Confiabilidad	Método por Consistencia (Alfa de Cronbach = 0,891)
Validez	Análisis Factorial confirmatorio y exploratorio.
Tipificación	Percentiles Peruanos: Ciudad de Huancayo
Usos	Psicología Clínica, Forense, Neuropsicología.
Materiales	Hoja de cuestionario, percentiles y lápiz o lapicero.

ANEXO C

INVENTARIO DE BECK PARA EVALUAR SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, INCLUIDO EL DIA DE HOY, no hay respuestas buenas o malas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

1. Tristeza	
0	No me siento triste.
1	Me siento triste gran parte del tiempo.
2	Estoy triste todo el tiempo.
3	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo	
0	No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro.
1	Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
2	No espero que las cosas funcionen para mí.
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso	
0	No me siento como un(a) fracasado(a).
1	He fracasado más de lo que hubiera debido.
2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
3	Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer	
0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de culpa	
0	No me siento particularmente culpable.
1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho.
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3	Me siento culpable todo el tiempo.

6. Disconformidad con uno mismo	
0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1	He perdido la confianza en mí mismo(a).
2	Estoy decepcionado conmigo mismo(a).
3	No me gusto a mí mismo(a).

7. Autocrítica	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1	Estoy más crítico(a) conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

8. Pensamientos o Deseos Suicidas	
0	No tengo ningún pensamiento de matarme.
1	He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.
2	Querría matarme.
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

9. Llanto	
0	No lloro más de lo que solía hacerlo.
1	Lloro más de lo que solía hacerlo.
2	Lloro por cualquier pequeñez.
3	Siento ganas de llorar pero no puedo.

10. Desvalorización	
0	No siento que yo no sea valioso(a).
1	No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3	Siento que no valgo nada.

11. Agitación	
0	No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.
1	Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.
2	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
3	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre haciendo algo.

12. Pérdida de interés	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1	Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3	Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión	
0	Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Pérdida de energía	
0	Tengo tanta energía como siempre.
1	Tengo menos energía que la que solía tener.
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3	No tengo suficiente energía para hacer nada.

15. Cambio en los Hábitos de Sueño	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a	Duermo un poco más que lo habitual.
1b	Duermo un poco menos que lo habitual.
2a	Duermo mucho más que lo habitual.
2b	Duermo mucho menos que lo habitual.
3a	Duermo la mayor parte del día.
3b	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

16. Irritabilidad	
0	No estoy más irritable que lo habitual.
1	Estoy más irritable que lo habitual.
2	Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3	Estoy irritable todo el tiempo.

17. Cambios en el Apetito	
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a	Mi apetito es mucho menor que antes.
2b	Mi apetito es mucho mayor que antes.
3a	No tengo apetito en absoluto.
3b	Quiero comer todo el tiempo.

18. Dificultad de Concentración	
0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

19. Cansancio o fatiga	
0	No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2	Estoy demasiado cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3	Estoy demasiado cansado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

ANEXO D

FICHA TÉCNICA ESCALA DE ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL EN LA ADOLESCENCIA

Nombre Original	Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA 29)
Autores	Gonzalo Musitu Ochoa, José Rómulo García Pérez
Procedencia	Madrid- España
Estandarización Peruana	-----
Administración	Individual y colectiva.
Duración	20 minutos aprox.
Aplicación	Adolescentes de 12 a 18 años.
Puntuación	Escala de Likert del 1 al 4
Significación	Identificar estilos de socialización de cada padre.
Confiabilidad	Método por Consistencia Interna (Alfa de Cronbach = 0,968)
Validez Teórica Bidimensional.	Análisis Factorial confirmatorio.
Tipificación	-----
Usos	Psicología, Pedagogía, Investigación.
Materiales	Hoja de cuestionario, hoja de corrección, percentiles y lápiz o lapicero.

ANEXO E

Estilos de Socialización parental ESPA 29

RESPECTO A MI MADRE

		Nunca 1	Algunas Veces 2	Muchas Veces 3	Siempre 4
1	Si obedezco las cosas que me manda	Me muestra cariño			
		1	2	3	4
2	Si no estudio o no quiero hacer los deberes que me mandan en el colegio	Se muestra indiferente			
		1	2	3	4
3	Si alguien viene a visitarme a casa y me porto con cortesia	Le da igual			
		1	2	3	4
4	Si rompo o estropeo alguna cosa en mi casa	Me riñe			
		1	2	3	4
5	Si traigo a casa buenas calificaciones	Me pega			
		1	2	3	4
6	Si voy sucio o desarreglado	Me priva de algo			
		1	2	3	4
7	Si me porto adecuadamente en casa y no interrumpo sus actividades	Habla conmigo			
		1	2	3	4
8	Si se entera que he roto o estropeado alguna cosa de otra persona o en la calle	Le da igual			
		1	2	3	4
9	Si traigo a casa algún curso desaprobado	Me riñe			
		1	2	3	4
10	Si al llegar la noche, vuelvo a casa a la hora acordada sin retraso	Me pega			
		1	2	3	4
11	Si me marcho de casa para ir a algún sitio sin pedir permiso	Me priva de algo			
		1	2	3	4
12	Si me quedo levantado hasta muy tarde; por ejemplo viendo televisión	Habla conmigo			
		1	2	3	4
13	Si le informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
14	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
15	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
16	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
17	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
18	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
19	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
20	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
21	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
22	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
23	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
24	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
25	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
26	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
27	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
28	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
29	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
30	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
31	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
32	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
33	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
34	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
35	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
36	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
37	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
38	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
39	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
40	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
41	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
42	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
43	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
44	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
45	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
46	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
47	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
48	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
49	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
50	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
51	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
52	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
53	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
54	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
55	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
56	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
57	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
58	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
59	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
60	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
61	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
62	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
63	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
64	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
65	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
66	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
67	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
68	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
69	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
70	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
71	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
72	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
73	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
74	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
75	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
76	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
77	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
78	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
79	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
80	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	4
81	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me priva de algo			
		1	2	3	4
82	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Habla conmigo			
		1	2	3	4
83	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Le da igual			
		1	2	3	4
84	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe			
		1	2	3	4
85	Si me informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me pega			
		1	2	3	

Estilos de Socialización parental ESPA 29

RESPECTO A MI MADRE

Nunca 1 Algunas Veces 2 Muchas Veces 3 Siempre 4

16	Si respeto los horarios establecidos en mi casa	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
			1	2	3	4
17	Si salgo con mis amigos y llego a casa tarde, por la noche.	Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
18	Si ordeno y cuido las cosas de mi casa	Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4
			1	2	3	4
19	Si peleo con algún amigo o con alguno de mis vecinos	Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
20	Si me pongo furioso y pierdo el control por algo que me ha salido mal o por alguna cosa que no me ha concedido	Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
21	Cuando no como las cosas que me ponen en la mesa	Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
22	Si mis amigos o cualquier persona le comunican que soy buen compañero	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
			1	2	3	4
23	Si habla con alguno de mis profesores y recibe algún informe diciendo que me porto bien	Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4
			1	2	3	4
24	Si estudio lo necesario y hago los deberes y trabajos que me mandan en clase	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
			1	2	3	4
25	Si molesto en casa o no dejo que mis padres vean las noticias o su programa de televisión	Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
26	Si soy desobediente	Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
27	Si como todo lo que me ponen en la mesa	Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4
			1	2	3	4
28	Si no faltó nunca a clases y llego todos los días puntual	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
			1	2	3	4
29	Si alguien viene a casa a visitarnos y hago ruido o molesto	Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4

Nunca 1 Algunas Veces 2 Muchas Veces 3 Siempre 4

Estilos de Socialización parental ESPA 29

RESPECTO A MI PADRE

Nunca 1 Algunas Veces 2 Muchas Veces 3 Siempre 4

1	Si obedezco las cosas que me manda	Me muestra cariño	1	2	3	4	9	Si traigo a casa algún curso desaprobado	Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4			Le da igual	1	2	3	4
2	Si no estudio o no quiero hacer los deberes que me mandan en el colegio	Le da igual	1	2	3	4	10	Si al llegar la noche, vuelvo a casa a la hora acordada sin retraso	Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4			Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4			Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4			Me riñe	1	2	3	4
3	Si alguien viene a visitarme a casa y me porto con cortesía	Me muestra cariño	1	2	3	4	11	Si me marchó de casa para ir a algún sitio sin pedir permiso	Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4			Le da igual	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me riñe	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4			Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4			Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4
4	Si rompo o estropeo alguna cosa en mi casa	Habla conmigo	1	2	3	4	12	Si me quedo levantado hasta muy tarde; por ejemplo viendo televisión	Me pega	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4			Le da igual	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me riñe	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4			Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4			Me pega	1	2	3	4
5	Si traigo a casa buenas calificaciones	Me muestra cariño	1	2	3	4	13	Si le informa algunos de mis profesores que me porto mal en clase	Me riñe	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4			Me pega	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4			Le da igual	1	2	3	4
6	Si voy sucio o desarreglado	Le da igual	1	2	3	4	14	Si cuido mis cosas y voy limpio y aseado	Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4			Me muestra cariño	1	2	3	4
7	Si me porto adecuadamente en casa y no interrumpo sus actividades	Se muestra indiferente	1	2	3	4	15	Si digo alguna mentira y me descubren	Le da igual	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me riñe	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4			Me riñe	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4			Me pega	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4			Me pega	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
8	Si se entera que he roto o estropeado alguna cosa de otra persona o en la calle	Me riñe	1	2	3	4	15	Si digo alguna mentira y me descubren	Habla conmigo	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4			Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4			Habla conmigo	1	2	3	4

Nunca 1 Algunas Veces 2 Muchas Veces 3 Siempre 4

Estilos de Socialización parental ESPA 29
RESPECTO A MI PADRE

Nunca Algunas Veces Muchas Veces Siempre
1 2 3 4

16	Si respeto los horarios establecidos en mi casa	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
17	Si salgo con mis amigos y llego a casa tarde, por la noche.	Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4
18	Si ordeno y cuido las cosas de mi casa	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
19	Si peleo con algún amigo o con alguno de mis vecinos	Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
20	Si me pongo furioso y pierdo el control por algo que me ha salido mal o por alguna cosa que no me ha concedido	Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
21	Cuando no como las cosas que me ponen en la mesa	Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
22	Si mis amigos o cualquier persona le comunican que soy buen compañero	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
23	Si habla con alguno de mis profesores y recibe algún informe diciendo que me porto bien	Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4
24	Si estudio lo necesario y hago los deberes y trabajos que me mandan en clase	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
25	Si molesto en casa o no dejo que mis padres vean las noticias o su programa de televisión	Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
26	Si soy desobediente	Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
		Me muestra cariño	1	2	3	4
27	Si como todo lo que me ponen en la mesa	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
28	Si no falto nunca a clases y llego todos los días puntual	Me muestra cariño	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4
29	Si alguien viene a casa a visitarnos y hago ruido o molesto	Me priva de algo	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Me riñe	1	2	3	4
		Me pega	1	2	3	4
		Le da igual	1	2	3	4
		Habla conmigo	1	2	3	4
		Se muestra indiferente	1	2	3	4

Nunca Algunas Veces Muchas Veces Siempre
1 2 3 4

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor Padre de Familia.....

Es muy grato dirigirnos a Ud. Somos estudiantes de la Especialidad de Psicología de la Universidad Antonio Guillermo Urrelo (UPAGU) nuestros nombres son Luz Marimar Mujica Vargas, Jenny Villanueva Gutiérrez y a través de la presente, solicitamos su consentimiento para que su hijo (a) participe en el estudio, denominado “Dimensiones de socialización parental y sintomatología depresiva en adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativa de Cajamarca.

La participación consiste en que él (ella) responda dos cuestionarios, los cuales no le tomará más de 30 minutos y cuya aplicación ya se ha coordinado con las autoridades del colegio de tal manera que no interfiera con el desarrollo de sus actividades académicas.

Si usted NO acepta que su hijo(a) participe, tendrá que devolver este documento firmado especificando que NO desea que su hijo forme parte de este estudio. En caso SÍ acepte que su hijo participe, de igual manera procederá a firmar el documento con su respectiva autorización.

Gracias por su atención.

Luz Marimar Mujica Vargas

Jenny Villanueva Gutiérrez

DNI: 76062009

DNI: 46694976

Yo....., SI NO ACEPTO que mi hijo(a)..... participe en la investigación que tienen a cargo las Srtas. Luz Marimar Mujica Vargas y Jenny Villanueva Gutiérrez, estudiantes de la Especialidad de Psicología de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo (UPAGU).

Firma del padre/madre o apoderado

ANEXO G

ASENTIMIENTO INFORMADO

Buen día. Nuestros nombres son Luz Marimar Mujica Vargas y Jenny Villanueva Gutiérrez, estamos realizando un estudio para determinar la relación entre las dimensiones de socialización parental y sintomatología depresiva en adolescentes de quinto grado de educación secundaria en Instituciones Educativas estatales de Cajamarca. Nos gustaría invitarte participar en esta investigación.

Si decides no participar de este estudio, tendrás el derecho a retirarte en el transcurso de la investigación si lo estimas conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

En esta investigación participarán adolescentes de quinto grado de educación secundaria de Cajamarca, quienes responderán a dos cuestionarios relacionados a las vivencias que están atravesando. El llenado de los cuestionarios dura aproximadamente 30 minutos.

Aun cuando te vamos a pedir que indiques tu nombre en el cuestionario mencionado, todas tus respuestas serán mantenidas totalmente en privado, no serán compartidas con tus profesores, padres o compañeros. Solo las investigadoras directamente involucradas en el estudio tendrán acceso a la información recopilada. Si tus resultados indican que es necesario que algún profesional especializado tenga una conversación contigo, te lo haremos saber.

Si deseas participar en este estudio, marca en el recuadro “ACEPTO”, de abajo e indica tu nombre completo. Si tienes alguna pregunta sobre el proyecto, puedes llamarnos o enviarnos un correo electrónico a través de la siguiente información de contacto:

Teléfonos: (963335009), (910696705)

E-mail: 76062009@upagu.edu.pe - 46694976@upagu.edu.pe

Yo,.....

.....declaro que he leído y entendido la información anterior; por tanto:

ACEPTO

NO ACEPTO

participar en dicho estudio.

Cajamarca,..... de..... del 2018.

Firma

ANEXO H

PRUEBAS DE NORMALIDAD DE LAS ESCALAS EVALUACIÓN DE ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE BECK

Prueba de normalidad de las escalas de evaluación de socialización parental y sintomatología depresiva de Beck

	Kolmogorov-Smirnov^a		
	Estadístico	Gl	Sig.
S.Diálogo	,076	296	,000
S_Afecto	,138	296	,000
S_Displacencia	,227	296	,000
S_Indiferencia	,182	296	,000
S_Coerc.física	,214	296	,000
S_Privación	,074	296	,001
S_Coerc.verbal	,056	296	,026
SP.Diálogo	,092	296	,000
SP_Afecto	,137	296	,000
SP_Displacencia	,288	296	,000
SP_Indiferencia	,250	296	,000
SP_Coerc.física	,241	296	,000
SP_Privación	,086	296	,000
SP_Coerc.verbal	,067	296	,002
S_Depresión	,101	296	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Estadísticas de total de elemento de la Escala de Sintomatología Depresiva de Beck.

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
BECK1	10,59	68,086	,535	,895
BECK2	10,59	67,230	,556	,895
BECK3	10,58	67,135	,544	,895
BECK4	10,39	67,694	,540	,895
BECK5	10,38	68,019	,537	,895
BECK6	10,52	66,904	,592	,893
BECK7	10,32	65,319	,601	,893
BECK8	10,68	68,660	,558	,895
BECK9	10,37	66,710	,408	,901
BECK10	10,61	66,218	,656	,892
BECK11	10,48	68,876	,433	,898
BECK12	10,45	66,697	,599	,893
BECK13	10,33	67,019	,534	,895
BECK14	10,35	67,065	,617	,893
BECK15	9,98	69,010	,380	,900
BECK16	10,55	66,875	,628	,893
BECK17	10,22	67,276	,498	,896
BECK18	10,30	66,688	,578	,894
BECK19	10,38	67,515	,532	,895

Estadísticas de total de elemento de la Escala de Estilos de Socialización Parental por indicadores

Confiabilidad Indicador Afectividad

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
M1.1	,241	,969
M3.2	,584	,969
M5.1	,127	,968
M10.1	,200	,967
M14.2	,182	,968
M16.1	,324	,967
M18.2	,414	,967
M22.1	,689	,967
M23.2	,593	,968
M24.1	,551	,968
M27.2	,805	,967
M28.1	,651	,967
P1.1	,572	,969
P3.2	,446	,967
P5.1	,677	,968
P7.2	,712	,967
P10.1	,488	,967
P14.2	,233	,967
P16.1	,564	,967
P18.2	,157	,967
P22.1	,456	,967
P23.2	,514	,967
P24.1	,709	,967
P27.2	,579	,967
P28.1	,470	,967
M1.1	,266	,969

Alpha Total= 969 Indicador Afectividad ESPA 29

Confiabilidad Indicador Indiferencia

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
M1.1	,570	,969
M3.2	,572	,969
M5.1	,606	,968
M10.1	,762	,967
M14.2	,731	,968
M16.1	,737	,967
M18.2	,760	,967
M22.1	,760	,967
M23.2	,692	,968
M24.1	,710	,968
M27.2	,775	,967
M28.1	,760	,967
P1.1	,601	,969
P3.2	,783	,967
P5.1	,709	,968
P7.2	,788	,967
P10.1	,797	,967
P14.2	,758	,967
P16.1	,810	,967
P18.2	,784	,967
P22.1	,771	,967
P23.2	,748	,967
P24.1	,737	,967
P27.2	,749	,967
P28.1	,799	,967
M1.1	,570	,969

Alpha Total= 953 Indicador Indiferencia ESPA 29

Confiabilidad Indicador Displicencia

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
M1.1	,299	,928
M3.2	,427	,926
M5.1	,215	,932
M10.1	,470	,925
M14.2	,463	,926
M16.1	,532	,925
M18.2	,616	,924
M22.1	,487	,925
M23.2	,537	,925
M24.1	,522	,925
M27.2	,510	,925
M28.1	,567	,924
P1.1	,305	,928
P3.2	,514	,925
P5.1	,257	,928
P7.2	,493	,925
P10.1	,563	,925
P14.2	,520	,925
P16.1	,534	,925
P18.2	,705	,923
P22.1	,602	,924
P23.2	,682	,923
P24.1	,532	,925
P27.2	,645	,924
P28.1	,577	,924
M1.1	,615	,924

Alpha Total= 927 Indicador Displicencia ESPA 29

Confiabilidad Indicador Diálogo

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
M1.1	,618	,966
M3.2	,557	,966
M5.1	,534	,966
M10.1	,530	,966
M14.2	,631	,966
M16.1	,639	,966
M18.2	,639	,966
M22.1	,645	,966
M23.2	,695	,965
M24.1	,691	,965
M27.2	,713	,965
M28.1	,716	,965
P1.1	,667	,966
P3.2	,645	,966
P5.1	,692	,965
P7.2	,702	,965
P10.1	,703	,965
P14.2	,693	,965
P16.1	,660	,966
P18.2	,786	,965
P22.1	,666	,966
P23.2	,717	,965
P24.1	,697	,965
P27.2	,751	,965
P28.1	,682	,966
M1.1	,702	,965

Alpha Total= 967 Indicador Diálogo ESPA 29

Confiabilidad Indicador Privación

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
M2.4	,442	,953
M4.3	,512	,953
M6.2	,507	,953
M8.1	,474	,953
M.9.5	,596	,952
M11.1	,558	,953
M12.2	,603	,952
M13.3	,557	,952
M15.4	,595	,952
M17.5	,690	,951
M19.1	,607	,952
M20.2	,605	,952
M21.3	,629	,952
M25.4	,579	,952
M26.2	,135	,955
M29.1	,640	,952
P2.4	,716	,951
P6.2	,631	,952
P8.1	,728	,951
P.9.5	,685	,951
P11.1	,665	,952
P12.2	,644	,952
P13.3	,717	,951
P15.4	,740	,951
P17.5	,663	,952
P19.1	,681	,951

Alpha Total= 953 Indicador Privación ESPA 29

Confiabilidad Indicador Coerción Verbal

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
M2.2	,477	,965
M4.1	,502	,965
M6.5	,511	,964
M8.4	,522	,964
M9.3	,649	,964
M11.4	,646	,964
M12.5	,666	,964
M15.2	,705	,963
M17.3	,675	,963
M19.4	,638	,964
M20.5	,587	,964
M21.1	,701	,963
M25.2	,605	,964
M26.3	,758	,963
M29.4	,708	,963
P2.2	,748	,963
P4.1	,667	,964
P6.5	,675	,963
P8.4	,740	,963
P9.3	,752	,963
P11.4	,731	,963
P13.1	,750	,963
P15.2	,782	,963
P17.3	,744	,963
P19.4	,681	,963
P20.5	,670	,964

Alpha Total= 965 Indicador Coerción Verbal ESPA 29

Confiabilidad Indicador Coerción Física

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
M2.3	,497	,949
M4.2	,488	,949
M6.1	,449	,949
M8.5	,240	,953
M9.4	,583	,948
M11.5	,656	,947
M12.1	,587	,948
M15.3	,632	,948
M19.5	,642	,948
M20.1	,534	,948
M21.2	,658	,948
M25.3	,543	,948
M26.4	,687	,947
M29.5	,638	,948
P2.3	,679	,947
P4.2	,717	,947
P6.1	,581	,948
P8.5	,739	,947
P9.4	,706	,947
P11.5	,687	,947
P12.1	,181	,952
P13.2	,822	,946
P15.3	,720	,947
P17.4	,732	,947
P19.5	,643	,948
P20.1	,628	,948

Alpha Total= 949 Indicador Coerción Física ESPA 29

ANEXO I

CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA DE BECK Y ESPA-29

Estadísticas de Fiabilidad

Escalas	Alfa de Cronbach	Nº de reactivos
ESPA-29	,897	29
Beck-II	,900	19