



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Ciencias de la Conducta



**PERCEPCIÓN DE PRÁCTICAS PARENTALES, ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE CALIMAYA, ESTADO DE
MÉXICO**

TESIS

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Presenta

Rosa Jative Acosta Escamilla

Número de Cuenta: **2023463**

Asesor

Dra. Erika Robles Estrada

Toluca, México, junio de 2025.

Índice

RESUMEN	12
PRESENTACIÓN	14
INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO 1. PRACTICAS PARENTALES	18
1.1. Interaccionismo simbólico en las familias	18
1.2. Familia y socialización	20
1.3. Concepto de prácticas parentales.....	23
1.4. Dimensiones de estudio de las practicas parentales	25
1.5. Percepción de los adolescentes de las practicas parentales	26
CAPÍTULO 2. ANSIEDAD Y ADOLESCENCIA	28
2.1. Concepto de ansiedad.....	28
2.2. Antecedentes de la ansiedad	30
2.3. Tipos de ansiedad	33
2.4. Prevalencia de ansiedad en la adolescencia	35
2.5. Estudios relacionados con la ansiedad en la adolescencia	37
CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA	39
3.1. Concepto de depresión	39
3.2. Antecedentes de la depresión	41
3.3. Tipos de depresión	42
3.4. Prevalencia de la depresión en adolescencia	44
3.5. Estudios sobre la depresión en los adolescentes	46
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
MÉTODO	52
1. Objetivos	52
1.1. Objetivo general.....	52
1.2. Objetivos específicos	52
2. Planteamiento de hipótesis	52
3. Tipo de estudio	52

4. Definición de variables	52
5. Participantes	55
6. Instrumentos	57
7. Diseño de investigación	61
8. Recolección de la información	61
9. Procesamiento de los datos	62
RESULTADOS	63
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	77
SUGERENCIAS.....	79
REFERENCIAS	81

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo general relacionar la percepción de las prácticas parentales, ansiedad y depresión; en cuanto a los objetivos específicos se formuló describir la percepción de prácticas parentales e identificar la ansiedad y depresión en adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México. Se trabajó con un total de 150 participantes, de los cuales 87 son mujeres y 63 hombres entre los 15-17 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron tres, la Escala de prácticas parentales en adolescentes de Andrade y Betancourt, el Inventario de Ansiedad de Beck validado por Padrós y el Inventario de depresión (BDI-II), de Beck, Steer y Brown validado por Contreras et al. (2015). La recolección de datos fue solicitar la aprobación en una preparatoria del municipio de Calimaya, posteriormente se consideró realizar un consentimiento ético dirigido a los padres y/o tutores, así como un asentimiento a los participantes, para aplicar los instrumentos correspondientes de manera colectiva. Para procesar los datos se empleó el paquete estadístico de SPSS por sus siglas en inglés (Statistical Package for the Social Sciences), se obtuvo la normalidad con la prueba de Kolmogorov Smirnov, posteriormente se obtuvieron datos descriptivos con frecuencias y medias, finalmente se obtuvo la correlación Spearman, se trabajó con un nivel de significancia de .05.

Los resultados descriptivos arrojaron que los adolescentes perciben constantemente las prácticas parentales positivas en madre y padre, siendo en menor grado las prácticas negativas ejercida por los progenitores. En cuanto a la ansiedad que experimentan es común que sea ligera, sin dejar a un lado que un 47% de la muestra puede experimentar signos gravemente. Mientras que, los adolescentes en escasas ocasiones tienen síntomas somáticos-vegetativos y no existe presencia de aquellos que son cognitivos-afectivos; se encontró que un 12.7% de adolescentes vivencia depresión grave, mientras que un 56.7% es carente la presencia.

En cuanto a las correlaciones, de las prácticas maternas con ansiedad se halló una relación positiva entre imposición, control psicológico y ansiedad, así como una relación negativa entre comunicación, autonomía y control conductual y ansiedad. Con respecto a la relación de las prácticas maternas y los factores de la depresión, se

encontró que existen relaciones positivas entre imposición y control psicológico con los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. Mientras tanto, relaciones negativas entre comunicación, autonomía y control conductual con ambos factores de la depresión.

En relación con las prácticas paternas y la ansiedad se reflejó una relación positiva entre imposición y control psicológico con ansiedad, por otro lado, fue negativa entre comunicación, control conductual y autonomía con ansiedad. En cambio, se obtuvieron relaciones positivas, entre imposición, control psicológico y los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo de la depresión; de igual modo una relación negativa, entre comunicación-control conductual y autonomía con el factor cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. Se concluye que la hipótesis nula se acepta, rechazando la hipótesis alterna.

PRESENTACIÓN

Las acciones que los padres usan para relacionarse y educar a sus hijos desde la infancia hasta la adultez contribuyen significativamente en el bienestar mental, es por ello, que el objetivo de la presente investigación fue relacionar la percepción de las prácticas parentales, ansiedad y depresión en adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México. Está integrado por los siguientes apartados:

El marco teórico se encuentra conformado por tres capítulos, en el primero se aborda el enfoque interaccionismo simbólico en las familias bajo el cual se sustenta el estudio, así mismo habla sobre conceptos como la familia, socialización y practicas parentales, cuales son las dimensiones de estudio de las practicas y la percepción de los adolescentes ante las acciones de sus padres; el segundo capítulo incluye el concepto de ansiedad, sus antecedentes, los tipos, la prevalencia en los adolescentes y estudios relacionados de ansiedad y adolescentes; por ultimo en este apartado se tiene el tercer capitulo siendo depresión y adolescencia, en el que se plasmo el concepto de depresión, sus antecedentes y tipos, así mismo la prevalencia en los adolescentes e investigaciones relacionados al tema.

Posteriormente se encuentra el método, en el que se presentan el objetivo general y específicos, hipótesis, tipo de estudio, definición e identificación de variables, participantes, instrumentos, diseño de la investigación, procedimiento de obtención de datos y procesamiento de información.

En el apartado de resultados se presentan primeramente datos descriptivos de participantes, así mismo los descriptivos y medias de las practicas maternas y paternas, medias y porcentajes de ansiedad y depresión, por último, las correlaciones entre las variables.

Después se encuentra la discusión en la cual se relacionan y contraponen los resultados obtenidos con diversos referentes teóricos, donde se analizan las mismas variables. Finalmente se pueden observar las conclusiones y sugerencias a partir de lo que se obtuvo en el desarrollo de la investigación.

INTRODUCCIÓN

La familia es el primer círculo social con el que interactúan los niños, quienes después se convierten en adolescentes. La Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012, como se cita en Gutiérrez et al., 2016) menciona que:

La familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano, pues constituye la base en la construcción de identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación. (p. 223)

Por ello, se considera como un indicador clave de socialización en las personas. Además, las creencias y valores son determinantes para las prácticas de crianza que ejercen los adultos sobre los hijos. Mismas que son definidas por Aguirre y Durán (2000) como “acciones de los adultos, en especial padres de familia, encaminadas a orientar el desarrollo de los niños” (p. 27). A través de estos ejercicios se transmiten valores, formas de pensar, así como conductas esperadas; a través del tiempo los hijos cuando se encuentran en la etapa de adolescencia suelen tener una percepción de las acciones que realizan los padres hacia ellos, lo cual tiene un efecto en la personalidad y salud mental. En este sentido, adolescentes de Querétaro, México experimentaron en su mayoría pautas de crianza positiva; sin embargo, más de un tercio señaló tener padres y/o madres con rasgos permisivos, ya que les permiten salir con amigos que no conocen, amenazan con castigos que no cumplen o los levantan antes de tiempo; pocos notan un modo negligente, caracterizado por falta de comunicación y poca protección (Meza et al., 2020).

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en la cual se manifiestan diversidad de cambios que repercuten en la vida de las personas, lo cual hace que sea un periodo de vulnerabilidad con relación a la salud tanto física como mental y la enfermedad. Existen diversos problemas de salud mental, entre ellos los trastornos de ansiedad que actualmente son predominantes en la adolescencia, aunque cada vez son más visibles, en ocasiones no son detectados, lo que es inquietante ya que pueden persistir en la adultez de formas más graves (Stringaris et al. 2021). Heinze (2003) la define como “un mecanismo adaptativo, resultado de conductas defensivas ante cualquier circunstancia

que represente una amenaza a la integridad de la persona desde todos los aspectos del funcionamiento vital" (p. 8). Asimismo, refiere que las personas experimentan ansiedad de una u otra forma, es decir, para algunas, puede ser benéfica pues al sentirla entran en estado de alerta y evitan ciertas acciones peligrosas. Sin embargo, para otros, alcanza una intensidad que afecta negativamente su desenvolvimiento social y mental, ya que encuentran dificultades para controlar sus síntomas, generalmente, estos indicios desordenados se presentan durante la adolescencia temprana.

Por otro lado, la depresión también es un aspecto negativo en la salud mental que se manifiesta en la población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) la define como:

una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (párr. 4).

La depresión, en ocasiones, aparece en la adolescencia y se relaciona con las prácticas de crianza, como menciona Hinojosa (2019), los jóvenes que consideran positivamente el estilo parental del padre tienen menor decaída, mientras que aquellos que perciben sobreprotección por parte de la madre reflejan declives en la tristeza. Esto sugiere que la autonomía otorgada a estos jóvenes puede contribuir a la disminución de estas manifestaciones.

En este sentido, el autor Ruvalcaba et al. (2016) indican que las prácticas parentales como control psicológico y la imposición parental de ambos padres se asocian con mayores signos de ansiedad y depresión en los jóvenes. Aunque las actividades de crianza varían entre adolescentes, la comunicación y el dominio paterno son más apreciados por los hombres, mientras que las mujeres distinguen el poder conductual por parte de su madre. De acuerdo con estos autores, los estilos parentales positivos son un facilitador notable en la salud mental de los hijos, mientras que los negativos se relacionan con deficiencias en el bienestar emocional.

Se puede observar que la percepción de los adolescentes sobre las prácticas de crianza de sus padres tiene una relación con la ansiedad y depresión. Sin embargo, en

la actualidad, es escasa la información sobre la percepción de prácticas de crianza, ansiedad y depresión en adolescentes. O bien, existen datos obtenidos de las variables por separado. A partir de esto, surge el interés de realizar esta investigación, que se centra en adolescentes de Calimaya, por lo que los datos no se podrán generalizar para la demás población.

De esta manera, el enfoque teórico en el que se sustenta este estudio es el interaccionismo simbólico, que se caracteriza por prestar mayor atención a la comprensión de la acción social desde el punto de vista del actor (Mead, como se cita en Carabaña & Lamo, 1978). En otras palabras, analiza las interacciones y sus significados; esto se observa en las prácticas de crianza en la relación padre-hijo(a), cuidador-niño(a) así como su desarrollo e integración a la sociedad mediante la transmisión de valores, creencias, costumbres, comunicación y cómo se transforman de acuerdo con las exigencias y/o necesidades de los padres o bien, de la familia (Aguirre & Durán, 2000).

Finalmente, la ansiedad y depresión son trastornos comunes en esta etapa porque se encuentran en un período de transición significativo; las acciones de los padres hacia los hijos pueden afectar el desarrollo de estos trastornos o bien, mitigarlos, ya que impactan en el bienestar emocional, físico, social y académico (Heinze, 2003; Romano, 2005).

CAPITULO 1. PRACTICAS PARENTALES

1.1. Interaccionismo simbólico en las familias

La familia en el occidente hace referencia a la relación que existe entre un hombre y una mujer, quienes están casados o bien se unieron legalmente, comparten una casa y se estructuran por vínculos afectivos, de apoyo e identidad en común, roles de padre-madre-hijo/a; este concepto conforma una familia nuclear con creencias tradicionales que repercuten en cómo se constituyen las relaciones emocionales, parentales y sexuales (Gracia & Musitu, 2000).

La interacción familiar es un proceso que permite un espacio compartido negociado para la construcción de significado de manera dialógica y simultánea entre sus miembros. Para el interaccionismo simbólico, la interacción es el espacio, la unidad que hace posible el yo y la sociedad. A través de la interacción y la simbolización, ambas crean, mantienen o modifican permanentemente. La interacción social es lo que hace posible “la realidad negociada” (Rentería et al., 2008).

Las familias se perciben como un conjunto de personas que se vinculan por lazo sanguíneo e incluso por matrimonio. Cruz Cantero (1995, como se cita en Gracia & Musitu, 2000) señala que hay personas que optan por casarse por los hijos, también quienes piensan en tener hijos deberían optar por el matrimonio, las familias forman hogares, aunque no siempre es así porque existen personas que comparten parentesco o viven en la misma casa y no se consideran familia.

Lluís Flaquer (1998, como se cita en Gracia & Musitu, 2000) encontró que “la familia contemporánea se mantiene gracias a la densidad de su interacción psicológica” (p.193). Conforme a David Cheal (1991, como se cita en Gracia & Musitu, 2000) refiere que el interaccionismo simbólico añade el ideal moral de manera que todos los miembros de una familia adoptan una visión similar de su contexto, lo que implica una identidad familiar y a su vez la unidad familiar que se conoce también como el ajuste marital.

La familia se considera una unidad de personalidades que interactúan entre sí; se mantiene entre la pareja y entre padres e hijos, existen las responsabilidades de cada individuo con los otros determinándose en los roles familiares (Burgess como se cita en

Gracia & Musitu, 2000). A su vez, los integrantes suelen desarrollar la identidad, fruto de la interacción en la vida cotidiana, además existe según se integran en la sociedad inclusive en cómo se relacionan con otros (Stryker, 1968 como se cita en Gracia & Musitu, 2000). Los roles son significados que funcionan como anticipante de conductas y mantiene regulación en las interacciones sociales, especifican un conjunto de conocimientos, habilidades, dirección de los sentimientos y emociones (Turner, 1970 como se cita en Gracia & Musitu, 2000).

En los espacios de interacción familiar, se construyen los propios significados y los miembros son capaces de “leer la realidad” que otros miembros del grupo reconocen como importante. Los símbolos y significantes son el resultado de interacciones. Las personas responden a los símbolos según su significado como predictores de su conducta y de los demás, así que los símbolos semánticos son organizar la conducta y cerciorar de que se realice en la interacción y en el contexto del grupo familiar al que pertenece (Rentería et al., 2008).

En base a Peterson y Rollins (1987, como se cita en Gracia & Musitu, 2000) en la interacción familiar se aprenden ideas que facilitan la comunicación entre los miembros, pueden relacionar experiencias e incluir a dos o más personas en un proceso social, así pues, los padres e hijos comparten ideas comunes lo que genera una relación estrecha entre todos. De acuerdo con ellos, los hijos perciben a los padres con un estatus alto debido al control que suelen ejercer sobre ellos, así como cambios en el autoconcepto.

Desde la mirada del interaccionismo simbólico, la interrelación de padres-hijos aporta a las normas y expectativas compartidas que comienzan a dirigir sus conductas en las relaciones paterno-hijos. De esta manera el *self* se refiere a un concepto de sí mismas que se desarrolla a través del tiempo mediante interacciones sociales; es una representación simbólica de uno mismo como sujeto y como objeto, el yo como respuesta a las conductas de otros y el mi siendo las actitudes de los demás que uno asume (Mead, 1934, como se cita en Gracia & Musitu, 2000).

Las interacciones simbólicas dentro de una familia resultan de la comunicación simbólica que existe entre los miembros. Por esto, Rentería et al. (2008, pp. 431-433), señalan que aparecen los siguientes conceptos:

- Convivencia familiar: se compone de símbolos y significados que facilitan la interacción en el seno de la familia.
- Interacción familiar: fenómeno que sucede entre los integrantes de la familia y proporciona a cada uno una formación personal.
- Realidad familiar: un intercambio cotidiano de vivencias, conductas y posturas entre los miembros de la familia que permite o impide el fortalecimiento de las relaciones y vínculos entre los miembros de una familia.
- Rol: es una actividad colectiva que cada integrante lleva a cabo.
- Situación: instante en el que se da convivencia, interacción, realidades y se desempeñan los roles dentro de la familia.

1.2. Familia y socialización

Como dice Aristóteles “El hombre es un ser social por naturaleza” ya que cuando nace comienza a relacionarse con otras personas construyendo su personalidad y las características correspondientes como la autonomía, la autorrealización, los valores que tendrán y las creencias que dependerán de alguna manera del entorno en que crece el ser humano (Amador et al., 2018). La socialización se considera un proceso continuo que continúa durante toda la vida y las interacciones se consideran socialización, pero la socialización es especialmente importante durante los primeros años de vida (Rentería et al., 2008).

La socialización es un proceso largo y complejo que atraviesa todo individuo, sin importar el tiempo o la sociedad en la que viva. A través de este proceso, la persona aprende una cultura específica, desarrolla una personalidad propia y adquiere las herramientas necesarias para integrarse y convivir en su entorno social (Sánchez Ros, 2023).

Según Jiménez (2000, como se cita en Méndez et al., 2013) muestra que las familias representan los actores más importantes en la vida de niños y jóvenes, pues

adquieren habilidades que facilitan su integración social. Desde el enfoque interaccionismo simbólico la convivencia esta entrelazada con la socialización, el significado, la definición de situación y el concepto de papel.

En este sentido, la familia constituye el agente de socialización más influyente durante la infancia, ya que en su interior se adquieren los aprendizajes fundamentales para la vida en sociedad. Entre estos se encuentran la transmisión de valores, el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje de responsabilidades, la identificación y expresión de emociones, y las formas de enfrentar situaciones problemáticas. Además, dentro del núcleo familiar se van configurando muchas de las características psicológicas del niño (Sánchez Ros, 2023).

Sin embargo, con el paso del tiempo, otros espacios también contribuyen al proceso de socialización, como la escuela, los compañeros y el entorno social en general, que amplían y complementan lo aprendido en el ámbito familiar (Sánchez Ros, 2023).

Gracia y Musitu (2000) señalan que a la persona hay que estudiarla y entenderla siempre teniendo en cuenta el contexto social y sus relaciones interpersonales, aunque la familia también es un factor principal en ese contexto, además que para las personas suele ser lo más importante en sus vidas. Los mismos autores refieren que la psicología del desarrollo reconoce la importancia del núcleo familiar para la comprensión del desarrollo humano, así pues, la psicología social se enfoca en la atención al estudio de las parejas y matrimonio, mientras que la psicología clínica estudia el incremento de las parejas con problemas de relación y cómo influye en los hijos con problemas conductuales o psicosomáticos.

Por su parte, Amador et al. (2018) comentan que el ser humano se enfrenta toda la vida a un proceso de socialización desde el momento de su nacimiento con una inclinación a la percepción de significados sociales, que le permiten desenvolverse con normas y valores en su entorno. Como señala Bernades (1997, como se cita en Gracia & Musitu, 2000) “la mayoría de nosotros nacemos en familias y pasamos, lo escojamos o no, la mayor parte de nuestra infancia y adolescencia con nuestra familia” (p. 16), aunque conforme avanza el tiempo las personas establecen diversas relaciones que pueden considerarse familia.

Gracia y Musitu (2000) mencionan que la familia es la principal red de relaciones y fuente de apoyo a pesar de los cambios en las relaciones a través del tiempo y de problemas como la violencia física, sexual o psicológica que llegan a surgir dentro del ámbito; aun así, continúa siendo uno de los aspectos más valorados en la vida de las personas puesto que es determinante en el ajuste psicosocial de la persona.

En el núcleo familiar se enseña a los hijos los valores, los cuales se ven manifestados de acuerdo con las respuestas que tienen ante la sociedad, el que más predomina es el respeto; los padres influyen la expresión de sentimientos y emociones ya que en las distintas unidades se reflejan en los niños, adolescentes o hijos los distintos estados de bienestar y como se adquiere dentro del hogar. Además, mediante los padres se puede identificar la constitución del ser y la independencia, siendo seres integrales desde la práctica de valores y emociones, ya que pueden relacionarse con otros en escenarios como escuela, grupos de convivencia, prácticas de deportes y se fortalece la autonomía en la toma de decisiones (Amador et al., 2018).

Lewin (1940, como se cita en Gracia y Musitu, 2000) identifica la importancia de la familia como un campo interpersonal en la cual el orden de los hermanos, el cómo se compone la familia y la interdependencia entre la pareja afecta al espacio vital de las personas y se atribuyen distintos significados. Por ello, Maccoby (1992, como se cita en Gracia y Musitu, 2000) comienza a visualizar a las familias como grupos pequeños en los cuales los padres fungen con el papel de líder, así como la existencia de variaciones en las familias de acuerdo con el ambiente autoritario o democrático. Así pues, Lewin realiza estudios sobre los estilos de liderazgo autoritario, democrático y laissez-faire y la influencia en los procesos de socialización en la familia mediante observaciones en las que interactúan padres e hijos (Gracia & Musitu, 2000).

En general, los principales procesos primarios de socialización según Amador et al. (2018) son los lineamientos de educación, la adquisición de valores, el establecimiento de reglas, las pautas de crianza; relacionados con la manifestación del ser en forma de sentimientos, actitudes y emociones fortaleciendo la construcción de la personalidad para la toma de decisiones en su entorno.

1.3. Concepto de prácticas parentales

Darling y Steinberg (1993, como se cita en Segura et al., 2011) mencionan que es importante distinguir estilos de crianza porque implican evaluar la atmósfera emocional que los padres crean en sus relaciones con sus hijos, mientras que las prácticas parentales se refieren a los detalles que los padres usan para socializar a sus hijos a medida que crecen; así que estos autores definieron las prácticas parentales como mecanismos utilizados directamente por los padres para lograr objetivos de socialización de niños y adolescentes.

Las prácticas de crianza han servido como guías para que los cuidadores acompañen el crecimiento de los niños y han desempeñado un papel fundamental en su proceso de socialización y reflejan tanto las creencias culturales en las que se han formado los cuidadores como sus vivencias personales relacionadas con la crianza. (Gallego et al., 2022).

Las particularidades de la crianza están definidas por las familias en algunos casos mientras que, en otros por los cuidadores adultos de los niños y niñas, con los cuales se establecen relaciones que se construyen en la vida misma y se relacionan con la protección y la atención de acuerdo con sus creencias, culturas, religión y moral (Varela et al., 2015). Por ello se considera que son un medio por el cual los cuidadores cuentan con un material de referencia que puede ser aplicado al desarrollo de los menores, lo cual es crucial para el momento de socialización, y que esto queda cada vez más claro al considerar las creencias y experiencias de los padres en el proceso de crianza, pautas que muchas veces son transmitidas de generación en generación (Gallego et al., 2022). Debido a que son arraigadas a las costumbres e integradas en la vida cotidiana de los niños y niñas por ese motivo los adultos a veces no son conscientes de estas prácticas y suelen no reflexionar sobre ellas (Varela et al., 2015).

Dentro del entorno familiar, la figura materna suele ocupar un lugar central en los procesos de crianza, destacándose por su rol afectivo, su cercanía emocional y su capacidad de empatía; en contraste, la figura paterna aparece, en la mayoría de los relatos, como distante o negativa. Esta diferencia en los roles parentales pone de

manifiesto cómo las experiencias vividas influyen en la valoración que se le da a cada figura dentro del proceso de crianza (Gallego et al., 2022).

De tal forma que Varela et al. (2015), señalan el concepto de prácticas de crianza es:

Todas aquellas acciones concretas que los adultos llevan a cabo con el propósito de orientar a los niños y a las niñas para que tengan un mejor desarrollo, supervivencia y socialización; estas incluyen pautas y creencias arraigadas a la cultura e integradas a la cotidianidad. (p.195)

En este sentido, la investigación en prácticas parentales permite analizar como las interacciones entre padres e hijos influyen en el desarrollo de niños y adolescentes (Guevara et al., 2007, como se cita en Méndez et al., 2013). Así mismo, Moral (2013) dice que las prácticas parentales se refieren a las acciones específicas que los padres y madres realizan para lograr objetivos parentales de cuidar, proteger, educar y expresar afecto hacia sus hijos.

Por su parte, Maccoby y Martin (1983, como se cita en Méndez et al., 2013, p. 100) categorizaron dos aspectos relevantes de las prácticas parentales:

- 1) Control, refiriéndose a las exigencias de los padres para metas específicas o la presión que ejercen los padres sobre sus hijos para lograr esas metas
- 2) Apoyo, como la responsabilidad, sensibilidad, capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades de los niños y adolescentes.

Según Varela et al. (2015, p.211) en las prácticas de crianza se identifican tres elementos fundamentales:

- Práctica: Acciones o comportamientos de los adultos.
- Pauta: Reglas que orientan las acciones de los padres y madres con costumbres y expectativas.
- Creencia: Aquellos patrones que establecen los ejercicios que los cuidadores consideran apropiados que deben hacer con los hijos y posee un arraigo cultural.

1.4. Dimensiones de estudio de las practicas parentales

Existen diversos estudios con la temática de prácticas parentales por lo que Amador et al. (2018) expresaron la pertinencia de establecer reglas en casa para que el niño y la niña obtengan una conciencia moral siendo coherentes con su forma de pensar y actuar; argumentaron además que solo cuando el niño cumpla dichas normas y reconozca los rangos de autoridad en la casa, será posible implementar prácticas efectivas de crianza. Del mismo modo, siguiendo con los autores es indudable mencionar que las prácticas de crianza marcan el actuar de las personas en distintos contextos diferentes al entorno familiar, ya que, en la interacción con otros agentes sociales, el educando da cuenta de los principios éticos y morales, y de las actitudes inculcadas en la familia.

Los estudios sobre las prácticas parentales y problemas de conducta y emocionales en los hijos indican que el apoyo parental contribuye al desarrollo saludable del hijo o hija y que el afecto de las madres hacia ellos causa más conductas positivas que negativas (Barber, 2002; McDowell y Parke, 2005; como se cita en Méndez et al., 2013). Sin dejar de lado que el control psicológico sea moderado para que no afecte de forma negativa (Méndez et al., 2013).

Por otro lado, Richaud de Minzi (2002) ha establecido dimensiones de prácticas parentales en la adaptación del Inventario acerca de la percepción que tienen los niños de las relaciones con sus padres y madres: Versión para 4 a 6 años en la cual se identifican las siguientes:

- Aceptación de la autonomía vs coacción: Indica que cuanta más independencia percibe el niño-niña que le dan los padres menos imposición tienen de ellos. (p.161)
- Control: Los padres se encargan de revisar que sus hijos cumplan con sus responsabilidades, por aquellas acciones que pueden o no pueden hacer. (p.162)
- Rechazo: Se refiere a aquellas acciones con las que responde el padre, por ejemplo, momentos en que se enoja, si grita al hijo o bien a las actitudes hostiles que a veces tienen hacia los hijos. (p. 162)
- Aceptación vs desinterés: Cuando se percibe mayor aceptación por parte de los hijos, menor desinterés se percibe de los padres. (p. 162)

Mientras tanto, Andrade y Betancourt (2008, p. 5) identifican factores necesarios en las prácticas parentales aplicando a mamá y papá siendo los siguientes:

- Comunicación: Intercambio que existe entre los padres y el hijo, si es que platican el uno con el otro y si se genera confianza.
- Control conductual: Conocimiento que tienen los padres de las actividades que realizan sus hijos, como a donde sale y con quién.
- Autonomía: Respeto y apoyo que ejercen los padres en las decisiones que toman los hijos.
- Imposición: Manera y grado en que los padres imponen las creencias, pensamientos y acciones al hijo.
- Control psicológico: Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.

1.5. Percepción de los adolescentes de las practicas parentales

Con el tiempo se han realizado estudios que permiten identificar la percepción de los adolescentes de las prácticas parentales de sus padres, por ejemplo, en la Ciudad de México Barcelata y Gutiérrez (2018) realizaron un estudio sobre la percepción de prácticas parentales en adolescentes tempranos y tardíos de México, en el cual se midieron los factores: calidez, rechazo, control y favoritismo; encontrando que calidez para ambos padres obtuvo medias más altas en los grupos de edad mostrando mayor equilibrio: mientras que el favoritismo paterno y materno obtuvo medias más bajas. También identificaron que los adolescentes perciben mayor afecto y menor control pues no usan estrategias de presión por parte de ambos padres; por último, el favoritismo y rechazo tuvieron bajo puntaje reflejando que las prácticas son más equilibradas y se basan en el acompañamiento. Aunque los hombres perciben mayor rechazo de sus padres que las mujeres, además ambos sexos perciben mayor calidez de sus madres que de sus padres, pero también las madres son más controladoras que los padres.

Así mismo, Betancourt (2007) en una muestra ubicada en México encontró que, a mayor inducción de culpa ejercida por la mamá, alto control psicológico por el papá y bajo razonamiento del papá existirá una mayor probabilidad de dificultades depresivos. También se reflejó alta devaluación por parte de la madre y de castigos por parte del

papá, bajo puntaje en comunicación materna y como contribuyen a la aparición de problemas externalizados que se refieren a frustraciones, hostilidades o bien reacciones emocionales fuera de control como el enojo.

En Chiapas, Méndez y Campos (2017) investigaron la percepción de las prácticas parentales y bienestar psicológico en los adolescentes, donde encontraron que en las madres cuanto mayor comunicación y control conductual ejercían en sus hijos, el nivel de bienestar es mayor, pero cuanto menor aplican el control psicológico e imposición existe dificultad en el bienestar psicológico. Además, se identificó que en las prácticas de crianza paternas cuanto mayor autonomía, comunicación y control conductual hagan hacia los hijos es que surge el bienestar psicológico mientras que cuanto mayor control psicológico e imposición paterna pues menor bienestar psicológico tienen estos adolescentes.

Por último, Oudhof et al. (2023) realizaron una revisión narrativa sobre la percepción de prácticas parentales en la cual se obtuvo que los adolescentes que participaron en las distintas investigaciones revisadas creen que sus padres generalmente realizan sus prácticas de crianza y cuidan del proceso, de igual forma se ha acertado que esta percepción se relaciona con el desarrollo psicológico de los jóvenes adolescentes, por ello se considera que la crianza es un desarrollo dinámico y complejo por lo que es indispensable el estudio de otros factores que intervienen en la relación padres e hijos.

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD Y ADOLESCENCIA

2.1. Concepto de ansiedad

La ansiedad es una reacción a la cual muchas personas le temen, por diversas cuestiones, entre ellas la desinformación llegando a considerarla como un problema; todos enfrentamos ansiedad y miedos que son parte de la vida cotidiana que pueden influir de manera drástica cuando se sale de control; pero aún con ello la ansiedad es más común de lo que se pensaba expresándose como una reacción de tensión sin causa alguna, siendo confusa y menos identificada que los miedos, incluso cuando existe un impacto en los individuos como la amenaza a la salud, la libertad o la seguridad de las personas, los problemas y crisis sociales se vuelven parte de nuestra mente individual y se crea un sentido colectivo de crisis por lo que el ser humano está en un estado de susceptibilidad aumentada y hay más posibilidades para padecer ansiedad (Fernández et al., 2012).

El miedo y la ansiedad surgen de una situación amenazante ya sea real o ficticia en la que se genera una conducta que junto a reacciones de activación hay alteraciones externas y emociones desagradables para la persona que lo padezca; aunque la ansiedad no se identifica a un elemento referencial vivenciada por la persona además se carece de ese algo peligroso (González, 2009).

González (2009) define a la ansiedad como "un modelo complejo y variable de conductas, en el que quedan incluidas tanto respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como estados emotivos y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego" (p.17); generalmente estas acciones son desarrolladas por las personas en situaciones donde su integridad física o autoestima se ve amenazada o en riesgo, ante acontecimientos futuros y situaciones inciertas, ante la posibilidad de pérdida.

Torres (2022) menciona que la ansiedad es un estado de malestar caracterizado por sensaciones de inquietud, inseguridad, intranquilidad, nerviosismo ante lo que se vive como una amenaza de causa desconocida. Zalce Aceves (como se cita en Torres, 2022) comenta que a veces sentir ansiedad es completamente normal, pero existen seres humanos que presentan trastornos de ansiedad por lo que frecuentemente tienen preocupaciones excesivas y miedos persistentes sobre situaciones cotidianas y que estos pueden comenzar en la infancia o adolescencia hasta llegar a la vida adulta.

Por su parte Fernández et al. (2012) definen la ansiedad como una sensación o estado ante determinadas situaciones y una reacción habitual a actividades cotidianas estresantes, necesarias para manejar las exigencias diarias. Según una revisión bibliográfica, Sierra et al. (2003) conciben la ansiedad como un estado desagradable caracterizado por anticipación de peligro, predominio de síntomas psicológicos y sensación de catástrofe o peligro inminente; es decir, si se intenta encontrar una solución al peligro el individuo puede percibirlo con claridad, así como los síntomas de la ansiedad consisten en respuestas experienciales, fisiológicas, conductuales y cognitivas caracterizadas por un estado general de alerta y activación. Por su parte, Sierra et al. (2003) señala que:

Las características principales donde se identifica la ansiedad dependen de la intensidad, además el ser humano puede que este viviendo una situación irreal como amenazante y según estos autores se acompaña de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad en distintas situaciones pudiesen ser incómodas, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, pánico, atención selectiva a lo peligroso, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, dificultad para dormir, entre otras. (p. 26)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) aporta que los seres humanos con un trastorno de ansiedad pueden presentar un estado de crisis a una situación social o a un amplio rango de situaciones, además los síntomas están presentes por al menos varios meses. González (2009) comenta que:

existen dos momentos en los cuales se presenta ansiedad, en primer lugar, se encuentra la normal que se distingue por su escasa intensidad, con un estímulo positivo, siendo adaptable, la mayoría se ajusta al estímulo y no restringe las oportunidades y libertades de la persona. Mientras que la ansiedad patológica normalmente es más frecuente, afecta de manera significativa el desempeño de las personas, actúa como perturbadora del comportamiento adaptativo, es excesiva al estímulo e impide la manera de pensar y actuar del ser humano. (p. 14)

Ahora bien, se habla de trastornos de ansiedad cuando esta ya es patológica y Fernández et al. (2012) los refiere como un conjunto de desórdenes del ánimo que aportan a la mortalidad de la persona a través de las imposibilidades que se generan.

Para González (2009) la conducta de ansiedad, al ser compleja y multidimensional en términos de formas de adquisición, puede ser aprendida a través del condicionamiento clásico, a través del aprendizaje vicario o de la información cognitiva; por lo tanto, comprende tres dimensiones que funcionan entre sí:

- Dimensiones cognitivas/subjetivas: Es el estado emocional y las vivencias del individuo que pueden expresarse mediante el lenguaje; por esta razón, la ansiedad se experimenta como un estado emocional persistente de incomodidad y descontento, además experimentan miedo y amenaza en circunstancias, generalmente es persistente. (p. 18)
- Dimensión fisiológica: Se evidencia a través de una activación fisiológica en el sistema nervioso central (sistema simpático, sistema endocrino), y se percibe o experimenta con taquicardias, temblores, sudoración, vértigo, alteraciones en el tono cutáneo, presión arterial elevada o reducida, respiración irregular y tensión muscular. (p. 18)
- Dimensión motora: Son comportamientos somático-motores evidentes tales como temblores, agitación motora, tartamudeos, movimientos motores incorrectamente estructurados, inhibición psicomotriz; estos son perceptibles como comportamientos de huida o de evasión frente a determinadas situaciones. (p. 19)

La OMS (2023) propone que el cuidado personal puede tener un impacto positivo en el manejo de la ansiedad y el bienestar. Por tanto, prevenir o disminuir el consumo de alcohol y drogas evita el descontrol de la ansiedad, realizar actividad física, mantener hábitos de alimentación saludables y también tener sueños constantes, así como también aplicar técnicas de relajación y respiración.

2.2. Antecedentes de la ansiedad

La ansiedad se ha investigado desde hace mucho tiempo, incluso estudios recientes expresan ya no la ansiedad como una reacción sino como trastorno. Hay pruebas de que los filósofos y médicos grecorromanos reconocieron la ansiedad como una influencia

negativa e incluso trastorno en sí mismo ya que Hipócrates y sus alumnos dejaron una colección de textos llamada “Cospus Hipocrático” en la que se narra la fobia de un hombre llamado Nicanor que le temía a la fiesta nocturna y con solo escuchar el sonido de la flauta se aterrorizaba, pero solo le ocurría de noche pues en el día podía tolerarlo (Puerta, 2018).

Mas adelante, en las Disputas de Tusculan existió una colección de libros por el autor Cicerón quien redactó sobre la aflicción-molestia, la preocupación y la ansiedad denominados trastornos con relación a que entre la mente con problema existe un cuerpo enfermo (Puerta, 2018). Siguiendo con el mismo autor, entre los autores de a. C. se encuentra Séneca quién enseño a sus seguidores como liberarse de la ansiedad, descrito en el libro “*De tranquillitate animi*” para conseguir un estado de paz mental donde ya no se está perturbado; comenta que el miedo a la muerte en esa época era el pensamiento principal que impedía disfrutar de una vida con tranquilidad; así es más conveniente enfocarse en el presente en lugar de prestar atención al futuro.

Los trastornos de ansiedad están relacionados con el concepto “neurosis”, Cullen (1769, como se cita en Ojeda, 2003) decía que existía una afección en el sistema nervioso en la cual no había fiebre, pero si “el sentido” y “el movimiento” mezclándose pasaban por la histeria, manía, melancolía y amnesia. Pinel (1801, como se cita en Puerta, 2018) manejaba la manía como un término de ansiedad diciendo que era una perturbación de las facultades mentales y a los trastornos mentales se les conocía como enfermedades mentales en donde los síntomas eran independientes.

Mas adelante Morel (1866, como se cita en Puerta, 2018) no usaba el término de ansiedad, que en ese entonces se denominaba angustia y explicaba las dimensiones con que se puede identificar la ansiedad en donde revelaron que una perturbación de la emotividad soportaba el sistema nervioso autónomo y es similar a la ansiedad generalizada.

Sigmund Freud (1892 como se cita en Ojeda, 2003) realiza distintas investigaciones en las cuales hace aportaciones a la teoría de la “neurosis de angustia” y la describe como un cuadro en el que existe excitabilidad, un estado de tensión en la persona provocando incapacidad de resistirla, está la caracterizaba por angustia en la

cual surgían situaciones catastróficas en su mayoría imaginarias respecto a los seres queridos o pacientes que este autor tenía, así como algunos pacientes presentaban síntomas como anomalías de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques similares a los asmáticos; la sudoración y temblores eran frecuentes así como los vómitos, dolores musculares y los miedos nocturnos.

Henry Ey (1969 como se cita en Ojeda, 2003) divide a las neurosis en indiferenciadas siendo estas cuando la angustia está en su máxima totalidad y también en grandemente diferenciadas que se subdividen en neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva en las cuales existen mecanismos de defensa ante la angustia. En la neurosis fóbica la angustia aparece como un sistema ideo-afectivo simbólico en donde la persona la persona piensa o dice una cosa sin que ello vaya acompañado de la emoción lógica, en la neurosis histérica se neutraliza en expresiones psicósomáticas superficiales mientras que en la neurosis obsesiva la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados.

Puerta (2018) comenta que la primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales fue publicada en 1952 por la Asociación de Psiquiatría Americana y se basaba en el psicoanálisis, implementó un capítulo de “Trastornos psiconeuróticos” en la cual la ansiedad se percibe directa o controlada inconsciente implementando mecanismos psicológicos defensivos.

Hace muchos años, se habló de la neurosis de angustia como sinónimo de ansiedad, esta se caracterizaba por la preocupación exagerada y las personas lo reflejaban, expresando pánico con síntomas somáticos pudiéndose producir en cualquier acontecimiento y no solo a momentos específicos, así mismo se realizó la segunda actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en el cual la angustia era una característica predominante en la neurosis (DSM II, 1986; cómo se citó en Sierra et al., 2003).

Puerta (2018) menciona que en 1980 se emplea una nueva versión del DSM siendo el III en la que se acerca cada vez más a la psiquiatría biológica con un enfoque social en el que se emplea el término de “Trastornos de la ansiedad”.

En el mismo año, Lewis (como se cita en Sierra et al., 2003) comenzó a introducir el término de ansiedad como sentimiento de inquietud, con complicaciones respiratorias; también un estado afectivo desagradable por aprehensión y combinación de sentimientos-pensamientos invasivos para la persona.

Beck y Clark (1997, como se cita en Sierra et al., 2003) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una serie de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos y controlados, al tiempo que consideran la importancia que tiene la anticipación dentro de la ansiedad; la cual se ha ido considerando como un estado emocional y fisiológico cambiante, siendo también un rasgo de personalidad del individuo y que explica la conducta de este (Sierra et al., 2003).

Por último, el DSM se ha sometido a distintas versiones, hasta hoy, conocida como DSM-V, que ya no ha presentado cambios significativos en trastornos de ansiedad, ya que se considera un punto de vista similar al categorizar los trastornos por síntomas principales y secundarios, y los posibles factores que lo causan, ahora bien, la ansiedad ocurre en el ambiente biopsicosocial por las situaciones en que puede presentarse (Puerta, 2018).

2.3. Tipos de ansiedad

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad; en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) los clasifica en:

- Trastorno de ansiedad por separación: Miedo excesivo e inapropiado para el nivel de desarrollo del individuo debido a la separación de las personas por las que siente apego o tiene un vínculo (p.190).
- Mutismo selectivo: Una incapacidad persistente para hablar en ciertas situaciones sociales como en la escuela donde se espera que hable, aunque si lo haga en otros lugares (p.195).
- Fobia específica: Miedo intenso por un objeto, cosa o situación específica como volar, las alturas, algún animal, sangre, entre otros; además en los niños se puede identificar en sus expresiones corporales, en las rabietas que llega a hacer (p.197).

- Trastorno de ansiedad social: Es la ansiedad o preocupación intensa en una o varias situaciones sociales como reunirse con personas extrañas, salir a comer, dar una conversación donde la persona está expuesta a otras personas (p.202).
- Trastorno de pánico: reacción imprevista, aparición inesperada de malestar intenso que alcanza su máxima en unos minutos y suele producirse con alguna de las siguientes características, sensación de ahogo, sudoración, sensación de mareos, temblor, miedo a morir, hormigueo (p.209).
- Agorafobia: Reacción de miedo, preocupación intensa ante alguna de las situaciones como uso de transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados, estar en medio de muchas personas o estar fuera de casa solo(a) (p.217).
- Trastorno de ansiedad generalizada: Es una anticipación aprehensiva que está presente más tiempo del que no, con diversos sucesos o actividades cotidianos (p.222).
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: Ataque excesivos, miedo que tiene una persona debido al consumo de alguna sustancia, los síntomas pueden aparecer al iniciar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo, con la intoxicación y con la abstinencia de estas (p.226).

Así mismo en la Guía de bolsillo de la Clasificación de Trastornos Mentales y de Comportamiento (CIE-10) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) clasifica los trastornos de ansiedad en:

- F40 Trastornos de ansiedad fóbica: En el que la ansiedad solo se genera ante situaciones definidas que no son peligrosas, por lo que se evitan o toleran con miedo (p.109).
 - F40.0 Agorafobia: Fobias definidas que abarcan miedos a salir de casa, entrar a una tienda, a los grupos de personas grandes, viajar solo y lejos de casa; pueden presentar ataques de pánico, depresión y pensamientos obsesivos (p.110).
 - F40.1 Fobias sociales: Miedo a ser observado por otras personas por ello, la persona evita situaciones sociales y se asocia con baja autoestima, presentando ruborización, temblor en las manos, entre otras (p.111).

- F40.2 Fobias específicas (aisladas): Miedo restringido a aspectos muy específicos como a los truenos, a la oscuridad, ir al dentista, miedo a la sangre, que también se conocen como: acrofobia, zoofobias, claustrofobia, etcétera (p.112).
- F41 Otros trastornos de ansiedad: El síntoma principal es la ansiedad y no va dirigida a una situación en particular (p.113).
F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica): Se manifiesta por ataques ansiosos graves impredecibles, es decir, se desconoce cuándo ocurrirá (p.113).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada: Es flotante en la persona y tampoco se dirige a algo específico, es variable, pero si es frecuente (p.115).
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo: Se utiliza solo cuando se presentan ambos tipos tanto ansiedad como depresión sin que uno sobresalga más que el otro (p.116).

2.4. Prevalencia de ansiedad en la adolescencia

La adolescencia proviene del latín “*adolescere*” que quiere decir, crecimiento, maduración, transformación, siendo el período entre la infancia y la edad adulta; viene acompañada de cambios físicos, psicológicos, emociones y sociales (Díaz-Santos & Santos-Vallín, 2018).

La adolescencia es un período importante para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales fundamentales para el bienestar emocional, como los horarios de sueño saludables, el movimiento del cuerpo regular, la capacidad para enfrentar situaciones difíciles y la habilidad en la solución de problemas, las aptitudes interpersonales y la gestión de las emociones. Por eso, los adolescentes necesitan contar con un entorno funcional y protector dentro de su familia, en su escuela y su entorno social (OMS, 2021).

En esta etapa se corren riesgos y disfunciones, estos son un grupo de personas en estado de vulnerabilidad ante estigmas sociales y al sentirse diferente al resto es crucial prestar atención al desarrollo emocional por lo que aumentar la información a padres y profesores sobre la etapa y las implicaciones que conlleva para lograr la identificación de problemas de ansiedad que llega a ser ocultado por los jóvenes para no

parecer “débil” y optan por autoexigirse el control de ellos mismos; además de la crianza que llevan en casa existen otros factores desencadenantes de la ansiedad como los estereotipos, discriminación y prejuicios generando como consecuencias en la realización de sus actividades dentro de la escuela, la familia, en un área laboral (Espinosa-Fernández et al., 2019).

Hay diversos elementos que contribuyen al incremento de los niveles de ansiedad durante la adolescencia, muchos de los cuales están vinculados a un entorno familiar inadecuado, entre estos se encuentran la ausencia de límites claros o un modelo de crianza exigente, caracterizado por la falta de una conexión emocional sólida entre padres e hijos. Además, influyen las relaciones con los miembros de la familia extensa, especialmente cuando no existe una comunicación efectiva, lo que puede generar dinámicas familiares poco saludables o incluso violentas. A estos factores se suman los relacionados con el ámbito escolar, como las crecientes exigencias académicas y la acumulación de responsabilidades a medida que se avanza en el sistema educativo, también se observa que la dificultad para integrarse con sus compañeros o sufrir rechazo por parte de ellos puede ser un detonante significativo en el desarrollo de ansiedad en los adolescentes (Morales % Chávez, 2021).

La ansiedad en el adolescente es cada vez más importante para la salud por su impacto en la calidad de vida y su creciente prevalencia; los efectos en los adolescentes afectan a distintos ámbitos de la vida, modificando la forma de relaciones, estados emocionales por malestar y sensación de no poder controlar acontecimientos futuros; hay que observar, considerando el periodo evolutivo para conocer si existe un problema o no, cuáles son los miedos y preocupaciones de esta etapa o que van apareciendo y que no se consideran adaptativos provocando interferencias en la vida del individuo (Espinosa-Fernández et al., 2019; Morales & Bedolla, 2022).

Los trastornos de ansiedad aparecen cuando se sobrepasa la capacidad de adaptación; en el momento en que los adolescentes están muy estresados (como puede ser la presión por los exámenes, la ansiedad puede agravarse y convertirse en un desajuste del estado emocional (Díaz-Santos & Santos-Vallín, 2018).

Díaz-Santos y Santos-Vallín (2018), mencionan que muchos jóvenes no tienen los elementos cognoscitivos o habilidades para responder a la ansiedad, suelen buscar soluciones en otros medios como el consumo de sustancias como bebidas alcohólicas, tabaco o drogas para mitigar el malestar de la ansiedad; provocando a su vez la posibilidad de la disminución en los vínculos con los progenitores, hermanos y amigos, un deficiente desempeño académico, así como el incremento en el riesgo de embarazo y la posibilidad de contraer enfermedades sexuales o bien en otras situaciones cometer suicidio.

Actualmente es más común ver a los adolescentes pasar por el problema de ansiedad, que afecta la adaptación y aceptación de los cambios que por la edad experimentan (Mardomingo, 2004; como se cita en Duarte, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que, en el mundo, uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno, aquel que supone un 13 % de morbilidad en este grupo de edad. Además, calcula que el 3.6 % de los adolescentes de 10 a 14 años padecen un trastorno de ansiedad, mientras que de 15 a 19 años aumenta a un 4.6 %.

La OMS (2021) ha trabajado continuamente en implementar estrategias y programas que promuevan la salud mental en los adolescentes, así como en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia dirigen una iniciativa que se llama *“ayudar a los adolescentes a prosperar”* a aplicar medidas en las políticas de la prevención de trastornos mentales, de conductas autolesivas, ansiedad, entre otros.

2.5. Estudios relacionados con la ansiedad en la adolescencia

De acuerdo con un reportaje realizado en Sevilla por Cremades (2020) tras la realidad de los adolescentes se comprende que aún existe una gran invisibilización e infravaloración de la ansiedad como un trastorno, peor aún que la salud mental sigue siendo un tabú con amplia variedad de desinformación; aunado a esto no hay mucha concienciación ni sensibilización de la comunidad ante este tema a pesar de la implicación de los adolescentes; se emplea la educación emocional como una necesidad para la resolución de lo expuesto anteriormente.

López et al. (2021) realizaron un estudio en adolescentes durante pandemia en la cual aumentaron los casos de ansiedad, debido al encierro, a la enfermedad COVID-19, así como a la reducción económica que fueron presenciado de sus padres, aumentando que además de las actividades escolares pasaban más tiempo viendo televisión o en redes sociales mientras que como factores protectores encontró el ejercicio y el establecimiento de horarios para las actividades.

En otro estudio realizado a niños y adolescentes en Alicante por Orgilés et al. (2012) se encontró que un 26% de la muestra obtuvieron puntajes altos en cualquier trastorno de ansiedad como ansiedad por separación, fobia social, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, miedos físicos, pánico y agorafobia; los síntomas del trastorno por separación son los más frecuentes, seguidos por miedos físicos; y el campo de la salud mental enfatiza la importancia de la detección temprana en niños de 8 años para facilitar la intervención y prevenir el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Duarte (2019) en su investigación realizada con estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal de Tejupilco encontró que un 70% de estudiantes adolescentes presentaba un nivel alto de ansiedad, un 20% un nivel medio y un 10% bajo; en cuanto a ansiedad rasgo, un 50% presenta un nivel medio, un 40% alto y un 10% bajo que esta autora junto con Herrera (2005, como se cita en Duarte, 2029) puede ocurrir porque los adolescentes llegan a ser inestables, pues comienzan a responsabilizarse de acciones de la vida adulta y esto le genera miedos ya que, además, dependen de la personalidad.

CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA

3.1. Concepto de depresión

La depresión es una enfermedad que le puede suceder a cualquiera, aunque existen situaciones que afectan más a unas personas que a otras, según la OMS (2023) dice que las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres, estima que el 3.8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos y el 5.7% de los adultos mayores de 60 años.

Asimismo, la OMS (2023) define la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo bajo, por la pérdida de placer y desinterés en las actividades durante un largo periodo de tiempo. Por otro lado, según Botto et al. (2014) la depresión es un trastorno afectivo que se presenta con un descenso del estado de ánimo, baja autoestima y mayor autocrítica queriendo alcanzar altos niveles de perfeccionismo. Según el DSM-V (2013) la depresión es un sentimiento de inutilidad o culpabilidad inapropiada casi todos los días llegando a ser delirante impidiendo muchas actividades cotidianas.

La depresión es un concepto multidimensional hablando culturalmente ya que en algunos lugares no existe otro sinónimo para tal término, mientras en otros países hace alusión a la depresión como una enfermedad y en otros como una visión situacional que en determinado momento cercano desaparecerá en el individuo, de igual forma varía de acuerdo con cada persona pues lo que una persona visualiza la depresión como un trastorno, otras simplemente lo ven como un proceso natural pasajero por la pérdida de un objeto, situación, persona (Botto et al., 2014).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) la depresión llega a ser una condición en la que aparezca otra enfermedad ya que predispone a ataques cardíacos y diabetes. La OPS y Goldman (2020) mencionan factores de riesgo como el bajo estatus socioeconómico, uso de bebidas alcohólicas, estrés, ansiedad, patologías degenerativas, otras afecciones psicológicas, características genéticas, alteraciones en los neurotransmisores del cerebro, elementos del medio ambiente, factores psicológicos y sociales.

En un comunicado de prensa realizado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2024) el especialista en paidopsiquiatría José Luis Pozos Saldívar, mencionó que el trastorno depresivo se identifica por síntomas que experimentan las personas como tristeza, falta de placer, de motivación y apatía hacia actividades que antes solían disfrutar.

La depresión se puede observar en las personas de distintas formas, entre estas la OMS (2023) menciona que estas pueden expresar distintos síntomas como mayor dificultad para concentrarse en las actividades, de alguna manera sienten culpa excesiva o de baja autoestima, experimentan una desesperanza acerca de su futuro, pueden tener pensamientos intrusivos de muerte e incluso suicidio, presentar alteraciones del sueño, cambios en el apetito que se refleja en el peso y una sensación de cansancio o bien una falta de energía.

Para Bleichmar (2003, como se cita en Korman & Sarudiansky, 2011) considera tres componentes para el estado depresivo los cuales son:

- A) Fijación a cierta acción interna y que el sujeto percibe como no realizable
- B) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo
- C) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan siendo el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz (p. 125).

Tanto la OMS (2023) y la OPS (2023) demuestran que existen programas de prevención que baja las tasas estadísticas de la depresión, como programas escolares, escuela para padres relacionada con trastornos mentales, programas de ejercicios ayudan notablemente; además si un sujeto tiene depresión puede solicitar ayuda profesional psicológica, psiquiátrica o general, también realizar esfuerzos por continuar realizando actividades de las que se disfrutaba con anterioridad, hacer ejercicio, comer saludable, establecer horarios de sueño, evitar o limitar la ingesta de alcohol o drogas ilícitas.

La OPS (2023) adoptó el Programa de Salud Mental (SM) el cual promueve, coordina e implementa actividades de cooperación dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a la

salud mental, reducir la carga que significan las enfermedades psíquicas, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación.

En ISSSTE (2024) existe un protocolo Código morado para la atención de urgencias de salud mental en casos donde las personas corren un mayor riesgo como intentos suicidas, además las personas disponen de la línea de la vida, todos los días del año, las 24 horas para recibir atención psicológica por especialistas de la salud mental.

3.2. Antecedentes de la depresión

El concepto de la depresión es un tanto reciente pues anteriormente se usaba el término de melancolía por Hipócrates quien la asociaba a la bilis negra, también que tenía una víctima que describía como "se quedaba delgado por su propia agitación, quejándose de miles de trivialidades y con, deseos de muerte" (Calderón, 1964, p. 79).

Posteriormente, a finales del siglo X y principios del XI Ahmed Cherif termina su "Tratado de las Melancolías" mientras Najab menciona las características de la depresión como depresiones agitadas: "El paciente se muestra extremadamente inquieto, insomne, taciturno, violento y con gran antipatía a la humanidad" (Calderón, 1964, p. 79)

Continuando con la historia, en el siglo XVI en Estados Unidos Dunlop, reportó 25,000 suicidios anualmente, dentro de ellos algunos eran intentos frustrados contando que existían muchos enfermos deprimidos. Meninger informaba que la quinta causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 19 años era el suicidio; aunque en México las cifras de los casos de suicidio son menores (Calderón, 1964).

Desde el año 1939, Dub y Lurie (como se cita en Calderón, 1964) reportan por primera vez efectos del sulfato de benzedrina sobre el humor y la actividad psicomotora de los pacientes psicóticos; también durante mucho tiempo se usaron las anfetaminas para personas deprimidas. Después, en la Edad Media, existió San Agustín, quien aseguraba que todas las enfermedades de las personas debían darse a los demonios. En el siglo XVIII aparece "*depression*" en la lengua inglesa que deriva del latín "*premere* y *deprimere*" entendiéndose como oprimir, apretar hacia abajo (Korman & Sarudiansky, 2011).

Emil Kraepelin utiliza el término "locura depresiva" sin dejar a un lado el término de melancolía para asignar la enfermedad y emplea la palabra "depresión" para referirse a un estado de ánimo (Conti, 2007; como se cita en Korman & Sarudiansky, 2011). Mas adelante, Adolf Meyer emplea la eliminación del uso de melancolía y reemplazarlo por depresión y fue así como se expresó más la depresión con melancolía cuando existía la aparición de síntomas graves. Después en los 40's aún no se le daba valor al concepto "depresión" pues se consideraba solo un síntoma en muchas enfermedades mentales (Korman & Sarudiansky, 2011).

Según Calderón (1964) hace bastantes años, la depresión se clasificaba en:

- Primarias: Siendo endógenas y reactivas
- Secundarias: Esquizofrénicas, alcohólicas, senil, etc.

3.3. Tipos de depresión

Existen diversos tipos de trastornos de depresión; en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) los clasifica en:

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo: Enojo grave recurrente que se manifiesta verbalmente con rabietas y con los comportamientos agresivos hacia personas y son desproporcionadas a las provocaciones (p.156).
- Trastorno de depresión mayor: Presenta un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, displacer por casi todas las actividades durante el día, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento del apetito y por ende de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor (pp. 160-161).
- Trastorno depresivo persistente (distimia): Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día durante un mínimo de dos años, en la que la persona puede tener poco o mucho apetito, baja autoestima, estar desconcentrada la mayor parte del día, suele ser incapaz de tomar decisiones (p.168).
- Trastorno disfórico premenstrual: Ocurre en los ciclos menstruales, en la última semana antes del ciclo y empieza a mejorar unos días después de la menstruación; las mujeres tienen cambios de humor repentinos, se irritan

fácilmente, pueden tener pensamientos de desesperanza, así como ansiedad o tensión (pp.171-172).

- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: Surge una alteración importante del estado de ánimo y se caracteriza por tristeza, también hay una disminución en el interés por algunas o todas las actividades; estos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o medicamento (p.175).
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica: Se recaban pruebas a partir de una historia clínica en la que el trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional (pp.180-181).

Goldman, (2020) propone otros tipos de depresión, siendo:

- Trastorno bipolar: La depresión es un síntoma común del trastorno bipolar, y las investigaciones han indicado que las personas pueden presentar síntomas aproximadamente la mitad del tiempo por lo que difícilmente se puede distinguir el trastorno bipolar de la depresión.
- Depresión psicótica: Algunas personas padecen depresión con psicosis e implica delirios, creencias falsas, un desapego observable de la realidad y experimentar alucinaciones, es decir, sentir cosas que no existen.
- Depresión posparto: Es un estado de ánimo deprimente que le ocurre a las mujeres después del parto, es decir, de tener a su hijo(s) o hija(s) ocurre porque las hormonas se reajustan y se pueden producir cambios de humor, puede durar meses o años.
- Trastorno depresivo mayor con patrón estacional: Se relaciona con la reducción del día, principalmente en otoño e invierno, particularmente las personas que viven en países con inviernos largos parecen verse más afectados por esta condición.

Echeverría (2015) propone tres tipos de depresión, los cuales son:

- Depresión grave y/o resistente: El estado de ánimo es muy recurrente, los síntomas son excesivos y se observa una gran desadaptabilidad del sujeto.

- Depresión moderada: El estado de ánimo persiste en la persona alguna parte del día, los síntomas aparecen y desaparecen según la persona.
- Depresión leve: Se refiere a que la persona tiende a tener un estado de ánimo deprimente en algunas situaciones, pero no afecta sus conductas a realizar día a día.

3.4. Prevalencia de la depresión en adolescencia

En cuanto a la prevalencia de este padecimiento, Goldman, (2020) redacta que los cambios físicos, la presión de compañeros, la personalidad del adolescente y otros factores pueden contribuir al desarrollo de la depresión; quienes pueden presentar síntomas como comenzar a distanciarse de amigos y familiares, dificultades para concentrarse en las actividades escolares, sentirse culpables, poco activos o bien, inútiles y sin valor, además de estar intranquilos pues pierden la capacidad para quedarse quietos.

La depresión es la principal causa de discapacidad en personas de 15 a 44 años en todo el mundo y, según la prevalencia de la enfermedad es causa principal en jóvenes de 10 a 14 años. También es la principal causa de años perdidos; por otro lado, juega un papel de prevalencia en un .5% en niños de 3 a 5 años, 1.4% en niños de 6 a 11 años y un 3.5% en adolescentes de 12 a 17 años y es tan importante porque es uno de los factores de riesgo de suicidio y afecta la sociedad y la estructura familiar (Muñoz et al., 2021).

Señala Echeverría (2015) que en los jóvenes es una enfermedad compleja y la probabilidad de que estos desarrollen depresión depende de múltiples factores de riesgo, que a veces interactúan entre sí y se tienen efectos acumulativos, aunque es desconocida la carga de cada uno de estos en relación con la situación y el momento de la vida que provoca esta enfermedad. Es decir, son un grupo de una mayor probabilidad para padecer depresión, ya que en la etapa de adolescencia se desarrollan cambios en el estado físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, siendo:

- Físicos: Las modificaciones que experimenta el cuerpo del adolescente pueden causar otras afecciones y aumentar la probabilidad de padecer este trastorno.

- Genéticos: Dado que la tristeza persistente puede transmitirse de un familiar a otro, dependiendo de la historia familiar, varios miembros la sufren.
- Socioculturales: La función que desempeñan en la sociedad, el uso de drogas, la necesidad de encontrar trabajo, de cumplir con estereotipos y prejuicios.
- Cognitivos: Métodos para percibir la realidad que engloban creencias y emociones, que promueven su manifestación y autopercepción.

Siguiendo con la misma autora, la depresión es un factor importante como desencadenante de riesgo de suicidio en adolescentes y existen ciertos factores que predicen mayor probabilidad como el sexo masculino pues corren más peligro, también la historia familiar de que en alguien hay u existe un trastorno mental, probables suicidios previos, incremento en la severidad de la depresión, aparición de desesperanza y ansiedad, consumo de drogas, elevadas dosis de impulsividad y agresividad.

Los padres de los jóvenes que padecen depresión pueden notar síntomas como los que se han mencionado anteriormente, aunque existen adolescentes que saben ocultarlos o no saben compartirlos; es imprescindible observar a los hijos para evitar un suicidio a causa de esto, si es que se les ve aburridos la mayor parte del día, o están a la defensiva o bien presentan conductas negativistas, si se encuentran la mayor parte del día de mal humor, no colaboran o conviven con la familia y prefieren aislarse, e incluso si descuidan su higiene personal, si alguno de los padres o hermanos observa baja autoestima, se notan cansados en el día a pesar de que no haya estado tan pesado o si llegan a realizar reproches a sí mismos, si llegan a regalar objetos personales valiosos y si hace comentarios sobre su deseo de querer morir los padres pueden brindar apoyo mediante acompañamiento en tratamiento psicológico e incluso psiquiátrico en casos donde es necesario (Echeverría, 2015).

José Luis Pozos Saldívar (como se cita en ISSSTE, 2024) comenta que en los adolescentes es frecuente que expresen tristeza, comentarios relacionados a no querer vivir, pensamientos desalentadores incluso de muerte a tal grado de tener intentos suicidas, por lo que es importante la detección temprana para evitar que se complique con otros trastornos como la ansiedad, déficit de atención, trastorno de personalidad, entre otros.

El ISSSTE (2024) refiere que entre un 35 y 40% de los motivos de consulta de infantes y adolescentes son para servicios de psicología y paidopsiquiatría en los hospitales regionales de México, así mismo se estima que es usual en jóvenes entre los 13 y 17 años, ya que es una etapa en la que experimentan un estrés considerable debido a cambios físicos y emociones y que pueden existir los problemas amistosos, situaciones de violencia escolar, así mismo una exigencia académica sin dejar a un lado las situaciones conflictivas familiares y los factores genéticos; también se estima que entre un 60 y 80% de infantes diagnosticados con depresión moderada o grave que tienen familiares con trastornos afectivos.

La OMS (2021) aproxima que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión.

3.5. Estudios sobre la depresión en los adolescentes

De acuerdo con la depresión en adolescentes, Muñoz et al. (2021) realizaron un estudio con adolescentes de Ecuador en el que identificaron una prevalencia de depresión del 25% siendo mayor en mujeres que en hombres, de los cuales residen en áreas urbanas, no tienen padres inmigrantes y algunos adolescentes perciben existencia de violencia intrafamiliar y pueden tener un bajo rendimiento académico.

Mientras que Nuñez, B. (2021) en una investigación realizada en una secundaria de Chiclayo, Perú encontró la presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el nivel de depresión leve, sin embargo, resalta la pérdida de placer frente a actividades que antes les satisfacían, también un 64.86% de la muestra no suele sentirse bien por las mañanas al despertar, un 70% tiene mayor dificultad en realizar actividades en comparación con como lo hacían en el pasado, además un 60.81% no tiene la mete clara como antes, tampoco se sienten útiles y satisfechas.

Por otro lado, González-Forteza et al. (2015) realizaron una revisión narrativa en la que señalan que los adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos y por lo menos, en México es obligatorio que sean acompañados de su cuidador, padre, madre o tutor para recibir apoyo profesional en cuanto a problemas de la salud como trastornos de la conducta, déficit de atención con hiperactividad, que suelen provocar molestias a los padres de familia y/o a los maestros; porque generalmente los adolescentes con

trastornos depresivos muchas veces pasan desapercibidos. Buscan establecer sistemas de monitoreo, campañas de atención oportuna y promoción y mantenimiento de la salud mental. Se busca la pertinencia de ampliar y facilitar el acceso para seguimientos de casos en cuanto a depresión con la finalidad de recibir tratamiento eficaz y de alguna manera prevenir los riesgos de suicidio.

En un boletín, especialistas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Morales et al. (2018) mencionaron que en México, jóvenes entre 12 y 24 años con depresión equivale a 2.5 millones, y 9.9 de cada 100 mil ha tenido ideas suicidas; así mismo reflejó que la ansiedad y depresión son trastornos que afectan en mayor medida a las mujeres, pudiendo aparecer a los 14 años y que en la mayoría de los casos no son hallados ni mucho menos abordados con especialistas; también la OMS ha difundido la importancia de crear resiliencia mental desde edades tempranas para hacer frente a las posibles enfermedades mentales; Mendoza (como se cita en Morales & Mendoza, 2018) enfatizó que los padres de los adolescentes deben estar tan pendientes de ellos como lo estuvieron en su infancia porque es un periodo en el que se debe reforzar su salud mental y son vulnerables debido a los distintos cambios.

González et al. (2018) mediante un estudio realizado a adolescentes de la Ciudad de México encontraron características negativas del contexto en el que viven, de la influencia de amigos y los sucesos de vida que llegan a ser una amenaza para la depresión y que son mitigados moderadamente por el apoyo social por lo que sugiere una planeación y elaboración de programas de promoción de apoyo social en adolescentes vulnerables.

Vázquez-Salas et al. (2022) realizaron un estudio en adolescentes en Ciudad de México y Estado de México en áreas urbanas, en la cuál un 15.6% reportó no dormir bien la mayoría del tiempo o incluso todo el tiempo, así mismo un 4.1 y 5.4% de los adolescentes reportaron que la mayoría del tiempo todo lo que hacían era un esfuerzo y un 7.8% raras veces habían disfrutado de la vida, aunque el porcentaje de los síntomas depresivos son muy bajos existe un 7.1% de adolescentes que reportan mínimo dos síntomas depresivos que impactan en su vida significativamente.

Morales y Díaz (2024) en una investigación realizada con adolescentes entre los 12 y 15 años, de la Ciudad de Morelia, Michoacán pertenecientes a secundarias públicas, identificaron que los adolescentes experimentan síntomas de la depresión representando un riesgo para su desempeño personal, existiendo variables predictoras como el manejo del estrés, la inestabilidad emocional y bienestar subjetivo y comunicación familiar que son determinantes para el riesgo de padecer depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con el censo realizado por el Instituto de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2020), en México aproximadamente un 58.7% (17.9 millones) del núcleo familiar es biparental, compuesto por una pareja con hijas o hijos; mientras que un 21.5% (6.6 millones) es monoparental, conformado por una madre o padre con hijas o hijos. Además, el 15.4% (4.7 millones) de las familias está constituido solo por la pareja sin hijos, y el 4.4% (1.4 millones) está formado solo por una persona.

Las prácticas de crianza son ejercicios realizados día a día por todas las familias, y cuando no son adecuadas, pueden conllevar a problemas de salud mental.

En ese sentido, se han realizado diversos estudios, entre ellos, Romero et al. (2021) los resultados obtenidos en el estudio realizado en Sincelejo perteneciente a la región de Sucre, cerca de la costa norte de Colombia encontraron que, los estudiantes cuyos padres practicaron una crianza negligente reportaron una ansiedad generalizada más baja que aquellos cuyos padres usaron una crianza autoritaria. Por otro lado, Peña (2019) refiere que encontró en Madrid, España que los hijos que perciben a sus madres como autoritarias presentan una mayor depresión en comparación con aquellos que aprecian otros estilos parentales. Mientras tanto, Castro et al. (2022) realizaron una investigación con estudiantes de nivel secundaria del distrito “Villa El Salvador” en Perú, en la cual se halló que el predictor de la depresión es el estilo sobreprotector, seguido por el autoritario y la crianza indulgente; además una forma democrática de criar no tiene relación con la depresión. A su vez, Lozano y Quispe (2022) realizaron una investigación con estudiantes de secundaria en un colegio privado en Villa María del Triunfo, Perú evidencia que la ansiedad estado-rasgo se relaciona con un estilo de crianza autoritario.

En México, las percepciones de los jóvenes sobre la paternidad varían de un estado a otro. Cortés et al. (2020) documentan que los adolescentes de Yucatán tienen una percepción positiva de las prácticas de crianza de sus padres; sin embargo, valoran más a la madre en cuanto a la supervisión, monitoreo y expresión de afectos, características asociadas con el riesgo de suicidio.

Mientras que en la Ciudad de México, González y Andrade (2021) identificaron que el control psicológico por parte de las madres y el control de la conducta proveniente de los padres es un factor de riesgo para la ansiedad de los adolescentes. Además, un estudio realizado por Ruvalcaba et al. (2016) en Guadalajara mostró que los varones puntuaron más alto en percepción de la comunicación y control paterno, mientras que las mujeres notaron mayor control conductual materno; sin embargo, la visión de la imposición paterna tiene una mayor relación con síntomas de ansiedad y depresión, aunque el control psicológico y la imposición por cualquiera de los padres se asocian negativamente con la salud mental de los adolescentes, es decir, se relacionan con el deterioro.

En una escuela preparatoria pública ubicada en el Estado de México, algunos adolescentes identificaron a sus padres como democráticos y permisivos, y en menor medida como autoritarios y negligentes; estos últimos presentaron sintomatología depresiva y ansiosa, mientras que en los primeros no hubo problemas de salud mental (Hernández, 2019).

En el municipio de Toluca, se llevó a cabo una investigación que reporta la percepción de crianza entre los grupos de padres, madres e hijos, se indica que ambos padres realizan frecuentemente o siempre actividades relacionadas con el interés, apoyo y orientación. Aunque las madres creen que casi siempre muestran interés en lo que hace el hijo y sus experiencias, así como estar al pendiente de lo que hace, estar ahí cuando el hijo las necesita, prestarle atención cuando está triste, tranquilizarlo cuando tiene miedo, y cuidar su seguridad, los hijos perciben que estas acciones solo se realizan frecuentemente (Oudhof et al., 2012).

De acuerdo con lo anterior y con la evidencia empírica que muestra cómo las prácticas de crianza tienen una repercusión en la salud mental de los hijos, es conveniente fomentar prácticas de crianza respetuosas y con una disciplina moderada. Es importante que los adolescentes desarrollen su identidad y personalidad para el cuidado de su salud mental, así como el comportamiento dentro de los grupos sociales (Franco et al., 2014).

En este contexto, es evidente que las estrategias de crianza autoritarias o negligentes afectan la salud mental de los jóvenes. Así mismo, en el ámbito académico podrían reducir su concentración en las clases o generar desinterés por estudiar; también es posible que se encuentren vulnerables a adicciones y presenten síntomas somáticos (Basantes et al., 2021; Morales & Bedolla, 2022).

Cabe señalar que, aunque se han realizado estudios internacionales y nacionales sobre la percepción de los adolescentes en prácticas de crianza, ansiedad y depresión en adolescentes, existe escasez de investigaciones actualizadas en el Estado de México y ciudades aledañas. Por lo tanto, se espera brindar información actualizada sobre cómo la crianza de los padres cambia a lo largo del tiempo y cómo se relacionan con la depresión y la ansiedad, promover prácticas alternativas e implementar estrategias para el cuidado de la salud mental de los jóvenes.

De acuerdo con lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de la percepción de la crianza, ansiedad y depresión en adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México?

MÉTODO

1. Objetivos

1.1. Objetivo general

Relacionar la percepción de las prácticas parentales, ansiedad y depresión en adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México.

1.2. Objetivos específicos

- Describir la percepción de prácticas parentales en los adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México.
- Identificar la ansiedad en los adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México.
- Identificar la depresión en los adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México.

2. Planteamiento de hipótesis

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de las prácticas parentales, ansiedad y depresión en adolescentes del municipio de Calimaya. Estado de México

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de las prácticas parentales, ansiedad y depresión en adolescentes del municipio de Calimaya. Estado de México

3. Tipo de estudio

El tipo de estudio de la investigación es correlacional, refiriéndose al “el estudio del grado de asociación o dependencia entre variables” (Gorgas et al. 2011, p. 190). En otras palabras, quiere decir que analiza hasta qué punto es significativa la dependencia de una variable y otra.

4. Definición de variables

En la presente investigación se trabajó con las variables prácticas de crianza, ansiedad y depresión. A continuación, se documenta cada una de ellas:

V1 Prácticas parentales

Definición conceptual

Según Segura et al. (2011) las practicas parentales se refieren a los comportamientos particulares que tienen los padres para influir en conductas específicas de los hijos que pueden estar relacionadas con la escuela, las tareas del hogar o habilidades sociales.

Definición operacional

Se midió con el puntaje obtenido en los factores de la Escala de Practicas Parentales (PP-A) creado por Andrade y Betancourt (2008) los cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 1

Dimensiones de los apartados padre y madre de la Escala de Practicas Parentales (PP-A)

	Dimensión	Definición
Padre	Comunicación y control conductual paterno	Comunicación existente entre el padre y el adolescente y conocimiento que tienen el padre de las actividades de sus hijos.
	Autonomía paterna	Respeto que muestra el padre en las decisiones que toman los hijos.
	Imposición paterna	El grado en que el padre impone sus creencias y conductas al hijo.
	Control psicológico paterno	Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.
Madre	Comunicación materna	Comunicación existente entre la madre y adolescente.
	Autonomía materna	Respeto que muestra la madre en las decisiones que toma el hijo(a).
	Imposición materna	Grado en que la madre impone sus creencias y conductas al hijo.

	Control psicológico	Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.
	Control conductual materno	Conocimiento que tienen la madre y el hijo sobre sus actividades.

Nota: Andrade y Betancourt (2008).

V2 Ansiedad

Definición conceptual

Beck et al. (1985, como se cita en Clark & Beck, 2010) definen a la ansiedad como “una respuesta emocional desencadenada por el miedo; es el estado de sensación desagradable que se evoca cuando el miedo es estimulado” (p.5)

Definición operacional

La ansiedad se midió partir del puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck (1988, como se cita en González, 2007), que tiene una estructura unidimensional:

síntomas somáticos de la ansiedad como entumecimiento, sensación de calor, temblor de piernas, incapacidad de relajarse, miedo a que suceda lo peor, mareos, palpitaciones o taquicardia, sensación de inestabilidad e inseguridad física, terrores, nerviosismo, sensación de ahogo, temblores en manos o en todo el cuerpo, miedo a perder el control, dificultad para respirar, miedo a morir, sobresaltos, molestias digestivas o abdominales, palidez, rubor facial y sudoración (p. 192-193).

V3 Depresión

Definición conceptual

Beck et al. (2012) define a la depresión como “el conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, las que conllevan a distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información, mismas que se reflejan en las emociones y las conductas del individuo” (p. 20).

Definición operacional

La depresión se midió por medio del Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II, 1996) en el que se incluye como se ha sentido el adolescente las últimas dos semanas. Utiliza dos factores los cuales son:

- **Cognitivo-afectivo:** Mide síntomas como la tristeza, pesimismo, fracaso, la pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, la pérdida de interés, indecisión, desvalorización, irritabilidad y pérdida de interés en el sexo.
- **Somático-vegetativo:** Mide síntomas como la pérdida de energía, los cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, la dificultad de concentración y cansancio o fatiga (Contreras et al., 2015).

5. Participantes

Se trabajó con una muestra lo que quiere decir un subconjunto de elementos de una población, (Gorgas et al. 2011, p. 12). De acuerdo con Hernández et al (2014) es no probabilística, conocida como “muestra dirigida que emplea un proceso de selección dirigido a las características de esta investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (p. 189).

La muestra se conforma por adolescentes que según la Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (OMS como se cita en UNICEF, 2020).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) se identifican tres etapas en la adolescencia: Entre los 10 y 13 años, es la etapa temprana en la cual las hormonas sexuales se presentan y con ello se presencian cambios físicos como el cambio de voz, aparecimiento de vello púbico y en las axilas, aumento en la sudoración y olor, así mismo la posibilidad de tener acné; por otro lado, buscan relacionarse con sus pares compartiendo tiempo con amigos. Entre los 14 y 16 años, se experimenta la etapa media, existen cambios psicológicos, desde la autonomía y el desapego con sus padres, incluso como se encuentran en la construcción de su

identidad, en cómo se ven y como desean ser vistos pueden encontrarse en situaciones vulnerables. Desde los 17 y puede extenderse hasta los 21 años, se encuentra la adolescencia tardía y ya buscan la aceptación de su cuerpo para definir la identidad, tienen preocupaciones de su futuro y comienzan a tener responsabilidad de sus decisiones, además eligen relaciones individuales o con grupos más pequeños.

A partir de lo anterior, “al número de elementos de dicha muestra se le llama tamaño de la muestra” (Gorgas et al. 2011, p. 12), por lo tanto, se trabajó con un total de 150 adolescentes, considerando el primero y segundo grado de la escuela preparatoria oficial #76, en 6 grupos, lo que resultó en 25 estudiantes por cada uno de ellos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Que residan en las comunidades (Calimaya de Díaz González, Zaragoza de Guadalupe, San Diego la Huerta, San Lorenzo Cuauhtenco, San Bartolomé Tlaltelulco y Santa María Nativitas) pertenecientes al municipio de Calimaya
- Rango de edad de 15-17 años, ya que en la adolescencia media según la UNICEF (2020) se experimentan cambios psicológicos ya que se construye la identidad y buscan una independencia de sus padres.
- Sexo indistinto
- Estudiante de nivel medio superior

Los criterios de exclusión son:

- Los padres no firmen el consentimiento informado
- No quiera participar en la investigación
- Que su rango de edad sea menor de 14 años y mayor de 17 años
- Que resida en otro municipio distinto a Calimaya
- Que resida en otra comunidad no perteneciente a Calimaya

Los criterios de eliminación son:

- Aquellos participantes que no deseen participar
- No concluyan el llenado de formularios
- Que el participante no quiera responder algún ítem

6. Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron a los participantes Escala de Prácticas parentales en adolescentes (PP-A), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

6.1. Escala de prácticas parentales en adolescentes (PP-A)

Autor: Patricia Andrade Palos y Diana Betancourt Ocampo

Año: 2008

Origen: Ciudad de México

Objetivo: Medir la percepción de los adolescentes de las conductas que tienen sus padres hacia ellos durante su crecimiento.

Dirigido a: Adolescentes

Edad de aplicación: 12 a 18 años

Tiempo de aplicación: Entre 20 a 25 minutos

Descripción de la prueba: Conformado por 80 reactivos, en donde 40 corresponden a la mamá y los otros 40 para el papá, cada reactivo cuenta con 4 opciones de respuesta tipo Likert las cuales son 1= nunca, 2= pocas veces, 3= muchas veces, y 4= siempre. Mide dimensiones para el padre:

- comunicación y control conductual: 1, 3, 5, 8, 10, 11, 15, 17, 19, 24, 28, 33, 35, 36, 38, 39
- autonomía: 12, 18, 20, 22, 23, 26, 27, 32
- imposición: 4, 6, 13, 21, 25, 34, 37, 40
- control psicológico: 2, 7, 9, 14, 16, 29, 30, 31

y para la madre

- comunicación: 6, 17, 18, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 38
- autonomía: 7, 11, 19, 22, 28, 31, 37
- control psicológico: 3, 5, 9, 12, 14, 16, 20, 23
- imposición: 8, 13, 21, 29, 32, 35, 39, 40

- control conductual: 1, 2, 4, 10, 15, 24, 25

Calificación: La escala se califica asignando el 1 a la opción de respuesta nunca, el 2 a la opción algunas veces, el 3 a muchas veces y el 4 a siempre. Para obtener el puntaje en cada dimensión se suman los reactivos que conforman la dimensión y se dividen entre el número total de reactivos por dimensión, o sea que en el caso de papá se obtienen cuatro calificaciones y en el de la mamá cinco.

Datos de Validez: En cuanto al análisis factorial se tiene que para la escala de mamá compuesta por cinco factores que explican el 43.55 % de la varianza, donde la comunicación se integró por 11 ítems que explican el 26.68% de la varianza; el control psicológico tiene 7.90% de la varianza explicada y se encuentra integrado por ocho reactivos; el factor imposición se conforma por seis reactivos, y el 3.53 % de la varianza. Para los factores de la escala para papá, para comunicación y control conductual tiene 16 reactivos con un 33,45 % de la varianza explicada; para el factor control psicológico integrado por ocho reactivos tiene el 11,23 % de la varianza; la autonomía conformada por ocho reactivos obtuvo el 4,86 % de la varianza, por último, el factor imposición constituido por siete reactivos que explicaron el 3,56%.

Datos de confiabilidad: Se obtuvieron puntuaciones del Alfa de Cronbach mayores a .80. En la dimensión de comunicación y control conductual paterno es un Alfa de 0.97, de autonomía paterna 0.94, imposición paterna 0.90 y control psicológico paterno es de 0.90. Por otro lado, el Alfa de comunicación materna es de 0.92, autonomía materna 0.86, imposición materna es de 0.81, control psicológico materno 0.80 y control conductual materno de 0.84.

6.2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Autor: Aaron Temkin Beck

Año: 1988

Origen: USA

Validado por: Padrós, Montoya, Bravo y Martínez (2020).

Validado en: Michoacán, México.

Objetivo: Valorar los síntomas de la ansiedad y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Dirigido a: Población en general, adolescentes y adultos

Edad de aplicación: 13 años en adelante

Tiempo de aplicación: 5 a 10 minutos

Descripción de la prueba: El Inventario de Ansiedad de Beck está compuesto por 21 ítems, que describen los diversos síntomas de la ansiedad según los criterios del DSM.IV, los ítems son de tipo Likert con puntuación de 0 a 3; en donde 0= en absoluto, 1= levemente, 2= moderadamente y 3= severamente. Se aplica a adultos, pero también tiene funcionalidad en adolescentes, puede ser aplicación individual o colectiva, ya sea de manera oral o escrita.

Datos de Validez: El análisis factorial exploratorio mostró los mejores índices siendo los autovalores de 6.31 (30% del total de la varianza) y 3.63 (17% del total de la varianza) explicando el 47% de la varianza con una correlación moderada entre los factores ($r = .62$). Aunque debe comentarse que los índices extraídos de varianza promedio de los factores resultaron bajos (Factor 1 = .315 y Factor 2 = .393).

Datos de confiabilidad: El valor de alfa del total de la escala resultó aceptable con un valor de .911; respecto a los factores también resultaron adecuados, para el factor síntomas somáticos el alfa fue de .877 y para el de síntomas cognitivos .835. Respecto a la fiabilidad compuesta, los resultados también fueron adecuados siendo .861 y .817, respectivamente. Posee un Alfa = .84, en universitarios. En población mexicana se muestra un Alfa= .911.

6.3. Inventario de Depresión II (BDI-II)

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Año: La versión original se publicó en 1961, la revisión de 1971, titulada BDI-1A; y el BDI-II, publicada en 1996.

Origen: Versión original USA

Validado por: Contreras, Hernández, y Freyre (2015).

Validado en: Ciudad de México

Objetivo: Adecuar el contenido de los ítems a los criterios diagnósticos para la depresión considerando el DSM-IV. Además, se interesa por evaluar la depresión siendo una prueba válida y confiable.

Descripción de la prueba: El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos tipo Likert de 0 a 3 de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Se divide en dos factores:

Cognitivo-afectivo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 21.

Somático-vegetativo: 15, 16, 18, 19, 20.

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Calificación: Se puntúa cada ítem de 0 a 3 de acuerdo con lo siguiente; En absoluto (0), levemente o no me molesta mucho (1), moderadamente o fue muy desagradable, pero podía soportarlo (2) y severamente o casi no podía soportarlo (3). La puntuación de los dos factores es la suma de los ítems que corresponde a cada factor. Por último, la puntuación total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Datos de validez: En adolescentes mexicanos se utilizó la adaptación en español y el análisis de invarianza se llevó a cabo con los datos del modelo de dos factores, por presentar el ajuste más adecuado. Pues las cargas factoriales son mayores a 1 o cercanas a 1. Los análisis factoriales confirmatorios en el estudio 1 revelaron valores aceptables en todos los índices excepto en uno para el modelo de dos factores ($n^2 = 492$, tras eliminar los casos con datos faltantes; $\chi^2 / gl = 1.52$, RMSEA = .03 (IC 90% [.02, .04]), CFI = .94, IFI = 0.94, NFI = .85, NNFI = 0.94).

En el estudio 2 los análisis factoriales confirmatorios revelaron valores aceptables en casi todos los índices de dos factores ($n^2 = 305$; $\chi^2 / gl = 1.14$; RMSEA = .02, IC 90% [.03,

.05]; CFI = .97; IFI = 0.98; NFI = .83; NNFI = 0.97). El modelo de dos factores arrojó un mejor ajuste ($\Delta\text{ECVI} = 0.24$).

Datos de confiabilidad: El Alfa de Cronbach permite hacer un análisis para determinar la relación recíproca que existe entre los ítems uno con los otros (Quero Virla, 2010). Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna, los coeficientes son elevados (superiores a 0.85). Mostró una confiabilidad Alfa de Cronbach total de .88 (estudio 1) y de .89 (estudio 2).

7. Diseño de investigación

El tipo de diseño es no experimental transversal correlacional. De acuerdo con Hernández et al. (2014) es no experimental porque hace referencia a “los estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 152). Además, es transversal Hernández et al. (2014) plantean que “son los que se encargan de recolectar datos en un momento único, describe variables en ese mismo momento o en un momento dado” (p. 154). Además, es correlacional ya que Hernández et al. (2014) refieren que es un “tipo de estudio que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (p. 93).

8. Recolección de la información

La recolección de los datos fue a partir de la aplicación de las pruebas a grupos de adolescentes de una secundaria y una preparatoria del municipio de Calimaya, para ello se consideró como primer paso la aprobación de las autoridades de los planteles para poder aplicar los instrumentos. Después, se realizó un consentimiento ético dirigido a los padres/tutores a quienes se solicitará su permiso, y un asentimiento para los adolescentes en las que ellos también acuerden participar. Después se aplicaron los instrumentos colectivamente en el aula, donde estará el profesor y se les explicó el objetivo de la investigación, para entregarles las hojas con los cuestionarios y dar un tiempo de unos 40 minutos a 1 hora para responder los tres instrumentos.

9. Procesamiento de los datos

Se obtuvo la media de cada uno de los factores para detectar el promedio en el cual se ubicaron los participantes. Posteriormente se obtuvo la normalidad de la muestra con la prueba de Kolmogorov Smirnov. A partir de ahí, si existe normalidad para relacionar las variables percepción de prácticas parentales, ansiedad y depresión se utilizará la Correlación de Pearson, por otro lado, si no hay normalidad se usará la Correlación de Spearman, utilizando el programa estadístico para las ciencias sociales “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

Se trabajó con un nivel de significancia de .05, por lo tanto, si la probabilidad es $\leq$ a .05 la hipótesis nula se acepta porque no hay relación entre variables.

RESULTADOS

En este apartado se encuentran las características de los participantes, después las medias de los factores de cada instrumento. Más adelante, se presentan las frecuencias de ansiedad y depresión de adolescentes, asimismo las medias de estas, además de las de prácticas de crianza. Finalmente, se muestra la correlación entre prácticas parentales, ansiedad y depresión.

- Descriptivos
- Características de los participantes

Con relación al sexo se tiene que el 58% (87) son mujeres, y el 42% (63) hombres. En edad se muestra que el 23.3% (35) tienen 15 años, mientras que el 50.7% (76) tienen 16 años y un 26% (39) tienen 17 años. En cuanto al semestre que cursan actualmente estos adolescentes oscila en que un 51.3% (77) pertenecen a 4° semestre, un 48% (72) a 2do semestre y solo un .7% (1) a 1er semestre.

Tabla 1

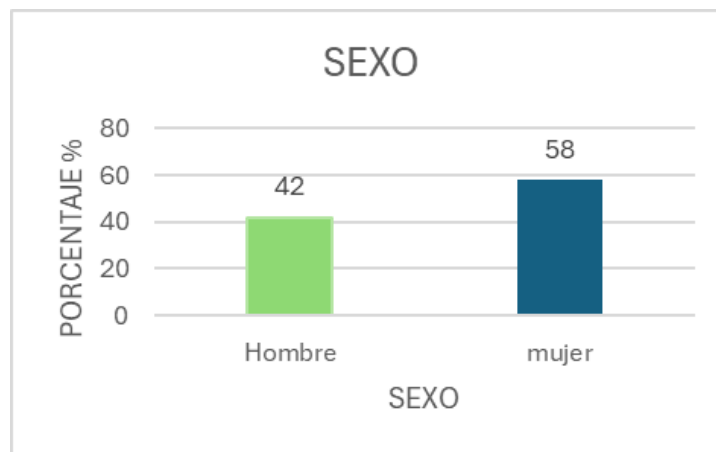
Características de los participantes

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	63	42 %
	Mujer	87	58 %
Edad	15	35	23.3 %
	16	76	50.7 %
	17	39	26 %
Semestre	4to semestre	77	51.3 %
	1er semestre	1	.7 %
	2do semestre	72	48 %
Edad		Media= 16.03	DE= .704

En la figura 1 se representa la proporción de hombres y mujeres que formaron parte del estudio, y que, al analizar dicha información, se observa que las mujeres participaron en un 58% (87) siendo un mayor número que los hombres que fue un 42% (63).

Figura 1

Frecuencia del sexo de los participantes

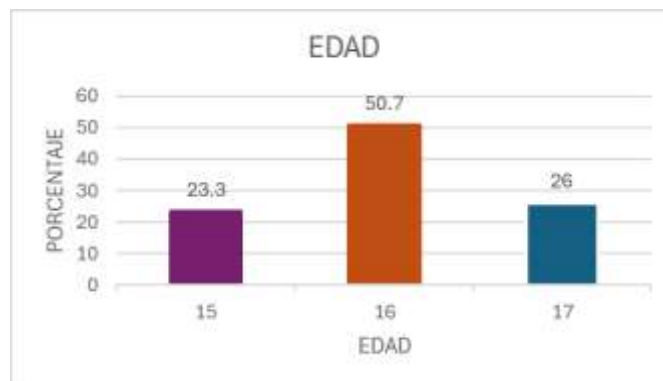


Fuente: elaboración propia

Al observar los datos de la figura 2, se puede observar que los adolescentes de 16 años fueron el grupo con mayor representación en el estudio siendo un porcentaje del 50.7% (76). Siguiendo el grupo de adolescentes de 17 con una participación del 26% (39) y por último aquellos de 15 años con un 23.3% (35).

Figura 2

Frecuencia de edad de los participantes

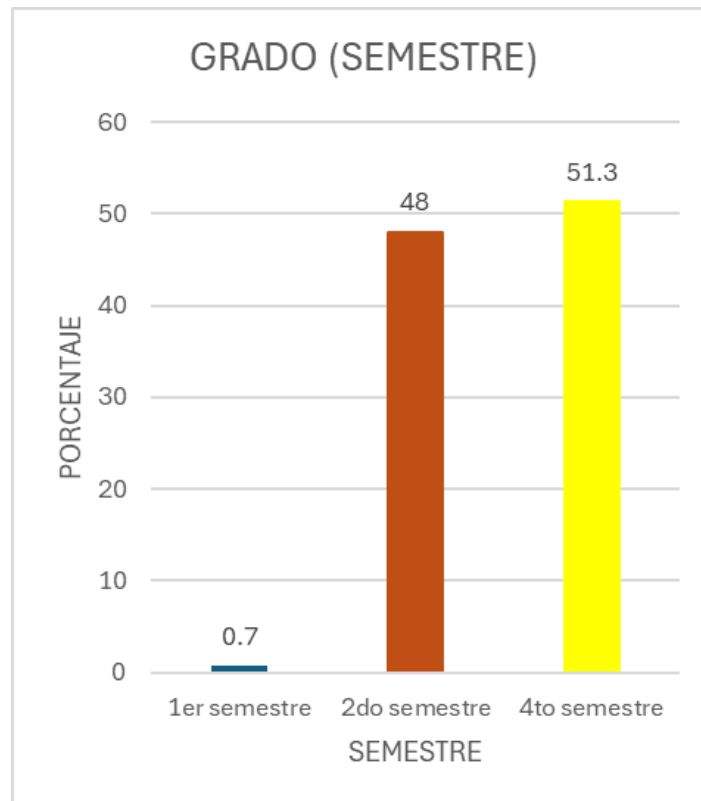


Fuente: elaboración propia

Analizando los datos descriptivos y la figura 3, se observa que los adolescentes de 4to semestre es el más alto con una participación del 51.3% (77), mientras que los alumnos de 2do semestre tuvieron participación del 48% (72) y del 1er semestre solo fue un 0.7% (1).

Figura 3

Frecuencia de los semestres de los participantes



Fuente: elaboración propia

- Descriptivos de la escala Percepción de prácticas parentales para adolescentes

De acuerdo con lo obtenido, se encontró que en los factores de las prácticas maternas como autonomía, control conductual y comunicación los adolescentes las perciben muchas veces, mientras que en imposición solo algunas veces y por último notan el control psicológico nunca o algunas veces.

Tabla 2*Factores de las prácticas maternas*

Factor	Media	DE	Indicador
Comunicación materna	3.00	.78	Muchas veces
Autonomía materna	3.05	.66	Muchas veces
Imposición materna	2.00	.58	Algunas veces
Control psicológico materno	1.60	.56	Nunca/Algunas veces
Control conductual materno	3.20	.60	Muchas veces

Por otro lado, se expresan los resultados de las prácticas paternas en la cual los adolescentes perciben algunas veces la imposición, suelen percatarse entre nunca y algunas veces el control psicológico, también han distinguido entre algunas y muchas veces la comunicación y control conductual, por último, han observado las prácticas de autonomía muchas veces.

Tabla 3*Factores de las prácticas paternas*

Factor	Media	DE	Indicador
Comunicación y control conductual paterno	2.60	.93	Algunas veces/Muchas veces
Autonomía paterna	3.11	.83	Muchas veces
Imposición paterna	2.00	.68	Algunas veces
Control psicológico paterno	1.50	.59	Nunca/Algunas veces

- Descriptivos de la escala Inventario de Ansiedad de Beck

Con relación a lo encontrado, se observa que los adolescentes vivencian ansiedad levemente.

Tabla 4*Media y desviación estándar de ansiedad*

Factor	Media	DE	Indicador
Ansiedad	.91	.63	Levemente

La frecuencia más alta que se encontró en ansiedad es grave con 47 (31.3%) adolescentes que la experimentan, mientras que ansiedad mínima son 37 (24.7%), moderada 33 (22%) y leve 33 (22%).

Tabla 5*Frecuencia de ansiedad en la muestra total*

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad mínima	37	24.7 %
Ansiedad leve	33	22 %
Ansiedad moderada	33	22 %
Ansiedad grave	47	31.3 %

- Descriptivos de la escala Inventario de Depresión de Beck.

Se identifica que los adolescentes nunca presentan síntomas cognitivos-afectivos de la depresión, en cambio algunas veces los somáticos-vegetativos.

Tabla 6*Factores del Inventario de Depresión*

Factor	Media	DE	Indicador
Cognitivo-afectivo	.60	.54	Nunca
Somático-vegetativo	.90	.70	Algunas veces

Por otro lado, se obtuvo el puntaje total de la depresión en adolescentes en el cual se identificó que 85 (56.7%) de estos se encuentra dentro del rango de mínima, solamente

18 (12%) en leve; sin embargo, 28 (18.7%) se ubican dentro de la moderada y 19 (12.7.5) vivencian una depresión grave.

Tabla 7

Frecuencia de normas de depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	85	56.7%
Depresión leve	18	12 %
Depresión moderada	28	18.7%
Depresión grave	19	12.7%

- Relación de la percepción de las prácticas maternas con ansiedad y depresión

Para realizar la correlación, en primer lugar, se corrió una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la cual arrojó una $p = < 0.001$, lo que significa que la hipótesis nula se acepta y la muestra no presenta normalidad.

A partir de esto, se seleccionó la prueba de correlación de Spearman, la cual arrojó una relación positiva, muy baja entre las prácticas maternas de imposición y ansiedad, mientras que, moderada entre control psicológico con ansiedad.

También se detectaron relaciones negativas, baja entre comunicación, autonomía y ansiedad, y muy baja entre control conductual con ansiedad.

Tabla 8

Correlación entre la percepción de las prácticas de crianza maternas y la ansiedad

Prácticas parentales maternas	Ansiedad	Índice de correlación
Comunicación materna	-.328**	Negativa baja
Autonomía materna	-.284**	Negativa baja
Imposición materna	.162*	Positiva muy baja
Control psicológico materno	.460**	Positiva moderada

Control conductual materno	-.158	Negativa muy baja
----------------------------	-------	-------------------

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

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

En cuanto a la relación de la percepción de las prácticas maternas y el factor cognitivo-afectivo y somático-vegetativo de la depresión, se encontró que se obtuvieron relaciones positivas, baja entre imposición y factor cognitivo-afectivo, así mismo muy baja con el factor somático-vegetativo; moderada entre el control psicológico y ambos factores.

Por otra parte, hubo una relación negativa, moderada entre comunicación y los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo, del mismo modo es moderada para autonomía y factor cognitivo-afectivo, mientras que es baja con el factor somático-vegetativo; es baja entre control conductual y ambos factores.

Tabla 9

Correlación de las prácticas parentales maternas y factores de la depresión

Prácticas parentales maternas	Factor cognitivo-afectivo	Índice de correlación	Factor somático-vegetativo	Índice de correlación
Comunicación materna	-.511**	Negativa moderada	-.445**	Negativa moderada
Autonomía materna	-.421**	Negativa moderada	-.298**	Negativa baja
Imposición materna	.223**	Positiva baja	.179*	Positiva muy baja
Control psicológico materno	.534**	Positiva moderada	.465**	Positiva moderada
Control conductual materno	-.340**	Negativa baja	-.233**	Negativa baja

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

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

- Relación entre la percepción de las prácticas paternas con ansiedad y depresión

Los hallazgos reflejaron una relación muy baja positiva entre imposición y control psicológico con ansiedad. Se obtuvo una relación negativa baja entre comunicación y control conductual, y autonomía con la ansiedad.

Tabla 10

Correlación de las prácticas parentales paternas y ansiedad

Prácticas parentales paternas	Ansiedad	Índice de correlación
Comunicación y control conductual paterno	-.256**	Negativa baja
Autonomía paterna	-.262**	Negativa baja
Imposición paterna	.217**	Positiva muy baja
Control psicológico paterno	.311**	Positiva muy baja

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

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

Por su parte, se obtuvieron relaciones positivas, muy baja entre imposición y los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo de la depresión, mientras que, baja entre control psicológico con los factores mencionados. Asimismo, una relación negativa, moderada entre comunicación-control conductual y autonomía con el factor cognitivo-afectivo, baja entre comunicación-control conductual y autonomía y factor somático-vegetativo.

Tabla 11*Correlación de las prácticas parentales paternas y factores de la depresión*

Prácticas parentales paternas	Factor cognitivo- afectivo	Índice de correlación	Factor somático- vegetativo	Índice de correlación
Comunicación y control conductual paterno	-.436**	Negativa moderada	-.366**	Negativa baja
Autonomía paterna	-.400**	Negativa moderada	-.326**	Negativa baja
Imposición paterna	.187*	Positiva muy baja	.157*	Positiva muy baja
Control psicológico paterno	.342**	Positiva baja	.380**	Positiva baja

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

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

DISCUSIÓN

En la siguiente investigación se propuso como objetivo general relacionar la percepción de prácticas parentales, ansiedad y depresión en adolescentes, y como objetivos específicos describir la percepción de las prácticas de crianza e identificar la ansiedad y depresión en adolescentes del municipio de Calimaya, Estado de México.

De acuerdo con el objetivo específico, sobre la percepción de las prácticas parentales, los participantes refirieron que tanto las madres como los padres cumplen con un papel que permite a los hijos ser autónomos, pero al mismo tiempo hay supervisión y comunicación, especialmente por parte de la madre. Por otro lado, la imposición tanto materna como paterna ocurrió pocas veces, y el control psicológico casi nunca. Estos refieren características de una crianza positiva que para Cortés et al. (2020) y Hair et al. (2008), es cuando hay un equilibrio entre el afecto y la disciplina.

De igual forma, los resultados encontrados coinciden con los hallazgos con adolescentes mexicanos por Barcelata y Gutiérrez (2018), los cuales indicaron que percibieron de manera general un ambiente cálido y con suficiente control en su hogar, mientras que puntuaron bajo en el rechazo y favoritismo. Datos similares encontró Oudhof et al. (2023) en su revisión narrativa hallaron que los adolescentes perciben a sus padres como activos en la crianza, influyendo en su desarrollo psicológico, destacando la complejidad del proceso.

Por otro lado, el hecho de que se perciban una mayor cantidad de prácticas de crianza positivas por parte de la madre obedece a aspectos socioculturales, los cuales dejan ver que son ellas quienes aún son las encargadas principales de la crianza de los hijos y la afectividad (Secretaría de Gobernación, Prensa Nacional. 2022).

En cuanto al papel de los padres, si bien hay cada vez más participación en la crianza de los hijos, aún en muchas ocasiones, se mantienen periféricos, especialmente en el control conductual (Cortés et al., 2020; Lara Reyes et al., 2021) La importancia de que los adolescentes perciban adecuadas prácticas de crianza es documentada en Méndez y Campos (2017) en su estudio en Chiapas, pues hallaron que la comunicación

y el control conductual materno favorecen el bienestar adolescente, mientras que el control psicológico y la imposición los afectan.

Respecto al objetivo específico de describir la ansiedad en la muestra total, en la media puntuaron como leve, y en la obtención específica de frecuencias se puede detectar en efecto cierta prevalencia, que va desde lo mínimo hasta una forma grave. Este es un dato al cual es preciso prestar atención, ya que la ansiedad en la adolescencia tiene impacto en todas las áreas de su vida, en especial en su vida social, tan relevante en esta etapa (Espinosa-Fernández et al., 2019). Es decir, cuando esta sintomatología los sobrepasa, pueden desajustarse emocionalmente (Díaz-Santos y Santos-Vallín, 2018).

Los estudios destacan la alta prevalencia de ansiedad en adolescentes, así como la importancia de su detección temprana. Duarte (2019) encontró altos niveles de ansiedad en estudiantes de preparatoria, vinculados a la inestabilidad de la adolescencia. Orgilés et al. (2012) reportaron que un tercio de su muestra estudiada de niños y adolescentes presentaban ansiedad significativa. Durante la pandemia, López et al. (2021) identificaron un aumento de ansiedad en adolescentes debido al confinamiento y la crisis económica, pero también señalaron que el ejercicio y la organización horaria actuaron como factores protectores.

Con relación a esto, Morales y Chávez (2021) y Galiano et al. (2016) indican que los jóvenes que a menudo padecen esta sintomatología se ven afectados físicamente, así como en aspectos de su vida como la familiar, social y escolar; y que pueden persistir durante la adultez.

En lo que concierne al objetivo sobre identificar la depresión, los jóvenes en ocasiones presentan los síntomas somáticos-vegetativos y nunca muestran los signos cognitivos-afectivos. En cuanto a la frecuencia se visualizó que un tercio de ellos puntuó entre moderada y severa. Se puede observar que la depresión en adolescentes es un tema relevante en diversos contextos. Muñoz et al. (2021) encontraron que, en Ecuador, la depresión afecta a adolescentes, un poco más a las mujeres. Por su parte González et al. (2018) destacaron que es necesario indagar el contexto negativo y la influencia de amigos, ya que pueden incrementar el riesgo de depresión en adolescentes en la Ciudad

de México, aunque el apoyo social moderado ayuda a mitigar estos efectos, sugiriendo la creación de programas de apoyo.

Por su parte, González-Forteza et al. (2015) señalaron que, en México, los adolescentes no buscan ayuda por sí mismos, lo que resalta la importancia de que los adultos los acompañen en la búsqueda de apoyo profesional. Morales et al. (2018) también destacaron que muchos jóvenes con depresión no son atendidos a tiempo, lo que aumenta el riesgo de suicidio. La OMS (2023) ha enfatizado la necesidad de promover la resiliencia mental desde la infancia para prevenir problemas futuros de salud mental.

Finalmente, en cuanto al objetivo general, sobre la relación entre las variables de percepción de prácticas de crianza y la ansiedad, esta es positiva, es decir, a mayor imposición y control psicológico materno y paterno, mayor ansiedad. Por otro lado, se identificó que existe una relación negativa que indica que a mayor comunicación, autonomía y control conductual de ambos padres menor ansiedad. Esto es consistente con lo dicho por González y Andrade (2021) sobre el papel que tienen las prácticas de crianza positivas sobre la salud mental de los hijos, como el dialogo, la independencia y el control en comportamiento con fines de mantener una estructura.

Asimismo, cuando se ejercen las prácticas negativas como el control psicológico y la imposición, hay mayor riesgo de ansiedad, aunque es necesario decir que en muchas ocasiones estas se asocian a un contexto familiar disfuncional que se puede identificar por conflictos, desaprobación de los padres hacia los hijos, comunicación ineficiente y un inadecuado manejo de la conducta (Morales y Chávez, 2021). Hair et al. (2008) señalan que una forma de evitar los problemas de salud mental en los adolescentes es que los padres inciten a que los hijos se involucren en actividades dentro del entorno familiar, que sientan el apoyo y que se les dé suficiente autonomía.

Respecto a la correlación entre la percepción de las prácticas parentales y la depresión, se encontró que se obtuvieron correlaciones positivas tanto en la percepción de los padres como de las madres, es decir, a mayor imposición y control psicológico, mayor depresión en los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. Mientras que las relaciones negativas indicaron que, a mayor comunicación y control conductual y

autonomía de los padres, menor es el riesgo de sufrir depresión en las áreas cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. De la misma forma, en hallazgos encontrados se identifica que existe una relación positiva en el control paterno y materno con la depresión.

La evidencia empírica coincide con estos hallazgos, como el de Peña (2019) quien trabajó con una muestra de adolescentes españoles encontró que cuando la madre se excede en autoritarismo, hay mayor riesgo que sus hijos presenten depresión. Por otro lado, Meza et al. (2020) observó en adolescentes de México, que cuando hay una crianza permisiva lleva a repercusiones no solo conductuales sino en su salud mental. De igual forma, Betancourt (2007) encontró con adolescentes mexicanos que la culpa materna, el control y castigo paterno, y la baja comunicación aumentan la depresión y la hostilidad.

En este sentido, Ruíz Cárdenas et al. (2020) señalan que cuando existen variables como la falta de comunicación con los hijos, una escasa aceptación familiar y disposición para poder compartir las emociones que experimentan, no se los acuerda y no se respeta su individualidad, son acciones que predicen la depresión. Es decir, entre más estructura haya en la vida de los hijos, así como cuidado y se permita la expresión de la autonomía, menos será la presencia de depresión (Ren et al., 2024).

De acuerdo con lo anterior, el papel de las prácticas de crianza parentales en la salud mental de los hijos se explica desde el interaccionismo simbólico a partir de la convivencia entrelazada con la socialización, lo cual da significado y define el papel que cada uno de los miembros tiene en el núcleo familiar. Este proceso de socialización comienza cada vez que la persona se integra a un nuevo grupo puesto que adoptan nuevos patrones de comportamiento e interacción. Según este enfoque, la persona es socializada por responder a las expectativas de los otros y experimentar papeles en el proceso general de interacción, que es una experiencia de socialización y que impacta en las diferentes áreas de la vida, incluyendo su salud mental (Rentería et al., 2008).

Cabe mencionar la importancia de retomar este estudio a futuro desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, ya que las prácticas de crianza son el resultado de las interacciones sociales y de los significados que se construyen día a día dentro de cada familia. Estos significados no son fijos, sino que pueden modificarse a través de la interpretación individual y colectiva. En este sentido, la ansiedad y la

depresión en los adolescentes también pueden entenderse desde múltiples interpretaciones, pues para algunos la imposición y control psicológico de los padres puede tener un gran peso simbólico y contribuir al desarrollo de estos síntomas, mientras que, para otros pudiera deberse a otros factores ajenos a las prácticas de crianza como el fracaso académico o bien un rechazo social.

No obstante, se pueden señalar algunos aportes, como el hecho de fortalecer la investigación sobre el papel de las prácticas de crianza y su relación con problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión. De igual forma, esto permitirá a futuro crear intervenciones para fortalecer en el contexto una crianza positiva que privilegie la salud mental.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, se puede detectar algunas limitaciones, como el hecho de que sea un número reducido de participantes no permite la generalización de los resultados a otros contextos. De igual forma, no se indagaron otras posibles variables que se asocien con la ansiedad y la depresión, lo cual abre nuevas directrices para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos de la investigación, se concluye lo siguiente:

- Los adolescentes perciben mayormente prácticas parentales positivas como autonomía, control conductual y comunicación y nunca o algunas veces prácticas parentales negativas (imposición y control psicológico).
- La ansiedad grave es la más común entre adolescentes participantes, seguida por la mínima, moderada y leve.
- Se destaca que los adolescentes algunas veces muestran síntomas somáticos-vegetativos de depresión. Los adolescentes nunca presentan síntomas cognitivos-afectivos de la depresión. La mayoría se ubica en el rango mínimo o leve, pero algunos experimentan depresión moderada o grave.
- Se encontraron relaciones positivas entre las prácticas maternas y la ansiedad, siendo baja con imposición, moderada con control psicológico. También se hallaron relaciones negativas con la ansiedad, siendo baja con comunicación y autonomía, y muy baja con control conductual.
- Existen relaciones positivas mostrando niveles variados de intensidad (muy baja, baja y moderada) entre la percepción de prácticas maternas de imposición y control psicológico y los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo de la depresión. Así mismo, hay relación negativa con distintos niveles de intensidad (baja y moderada) entre comunicación, autonomía y control conductual con los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo de la depresión.
- Los hallazgos mostraron una baja relación positiva entre las prácticas paternas imposición y control psicológico con ansiedad. También hubo una relación negativa baja entre comunicación-control conductual, y autonomía con ansiedad.
- Se obtuvieron relaciones positivas (baja y muy bajas) entre la imposición y control psicológico y los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo de la depresión. Además, hay una relación negativa (moderada y baja) entre comunicación-control conductual y autonomía con los factores cognitivo-afectivo y somático-vegetativo de la depresión.

- Desde la perspectiva del enfoque del interaccionismo simbólico, las prácticas de crianza deben entenderse como productos de procesos sociales e interpretativos que influyen en la aparición de ansiedad y depresión en los adolescentes. Es decir, la forma en que los adolescentes interpretan sus experiencias y relaciones, tanto con sus padres como con su entorno social, desempeña un papel crucial en el significado de su salud emocional.

SUGERENCIAS

A partir de la información obtenida se sugiere lo siguiente:

- Realizar investigaciones con mayor número de participantes de otros municipios pertenecientes al Estado de México, así como en comunidades rurales y urbanas.
- Realizar investigaciones con adultos para identificar o prevenir los trastornos mentales a largo plazo.
- Realizar investigaciones con los niños como prevención de trastornos mentales para otras etapas de vida.
- Realizar investigaciones diferenciando el rol de la madre y del padre en cuanto a prácticas de crianza y como influyen en la salud mental de los hijos.
- Relacionar la ansiedad y depresión de los adolescentes con otras variables del ambiente familiar, personal y escolar.
- Analizar las prácticas parentales con respecto a la salud mental de los padres e hijos.
- Hacer investigaciones identificando en que género sobresalen los trastornos mentales.
- Investigar los factores de riesgo que predisponen la ansiedad y depresión en adolescentes.
- Relacionar las prácticas de crianza y la depresión en adolescentes de México.
- Crear estudios donde solo se relacionen las prácticas de crianza negativa con la ansiedad y depresión en adolescentes.
- Desarrollar estrategias de convivencia entre padres e hijos; así como entre compañeros de clase.
- Crear espacios seguros dentro de la escuela como grupos de apoyo o consejería, donde puedan expresarse los adolescentes sin temor a ser juzgados.
- Fomentar un taller de salud mental en adolescentes.
- Fomentar talleres para el aprendizaje de técnicas de relajación en adolescentes.
- Construir pláticas sobre los estilos de crianza y las prácticas de crianza dirigidas a los directivos escolares, padres y alumnos.

- Construir pláticas sobre ansiedad y depresión en adolescentes dirigidas a directivos escolares y padres.
- Fomentar un taller de prevención al suicidio dirigido a los directivos escolares, padres y alumnos.
- Fomentar organigramas de actividades escolares a los adolescentes para evitar sobrecargas de trabajos extraescolares.

REFERENCIAS

- Aguirre, E. & Durán, E. (2000). *Socialización: Prácticas de crianza y cuidado de la salud. Centros de Estudios Sociales*.
https://issuu.com/eaquirred/docs/socializaci_n_y_pr_cticas_de_cria
- Amador, M., Gómez, A., Londoño, A. & Pérez, J. (2018). La familia: agente primario en la socialización y consolidación de actitudes. *Repositorio UCP*. 9-25.
<https://repositorio.ucp.edu.co/server/api/core/bitstreams/e3e9833c-d35b-4474-99e7-1161e4f3152e/content>
- Andrade, P.P. & Betancourt, O.D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral. *La Psicología Social en México*, 7, 561-565. AMEPSO.
<https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=574edd1e96b7e4d2355293a0&assetKey=AS%3A368154187452419%401464786206699>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barcelata, B. & Gutiérrez, V. (2018). Percepción de prácticas parentales en adolescentes tempranos y tardíos: una perspectiva del desarrollo. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 4. <https://doi.org/10.33064/ippd42000>
- Basantes, D. R., Villavicencio, L.C., Alvear, L. F., Arteño, R. & Valdés, E. M. (2021). Ansiedad y depresión en adolescentes. *Revista Boletín Redipe*, 10(2), 182-189.
<https://doi.org/10.36260/rbr.v10i2.1205>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2012). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (S. del Viso Pabon, trad; 20 ed.). Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 1983).
- Betancourt, D. (2007). "Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes". [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México, México. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/78607>

- Botto, A., Acuña, J. & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Calderón, G. (1964). Tranilcipromlina, un nuevo antidepresivo. *Revista de la Facultad de Medicina*. 79-82. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/73378>
- Carabaña, J. & Lamo, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: Análisis y valoración crítica. *Reis*, 1, 159–203. <https://doi.org/10.2307/40176726>
- Castro, E. V., Palacios, M. E., Calderón, I. D. M., González, E. & Rayme, O. A. (2022). Efectos de estilos de crianza sobre la depresión en adolescentes escolarizados de una muestra peruana. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 39-54. <https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.23811>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and practice*. Guilford Press. p. 5. [https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/%5BDavid A. Clark Phd, Aaron T. Beck MD%5D Cognitive T\(BookFi.org\).pdf](https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/%5BDavid%20A.%20Clark%20Phd,%20Aaron%20T.%20Beck%20MD%5D%20Cognitive%20T(BookFi.org).pdf)
- Contreras, J. A., Hernández, L., & Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 195-203. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- Cortés, L., Vega, J. I., López, J. A. & Garma, S. D. (2020). Predicción de la ideación suicida desde la percepción de la crianza parental en adolescentes yucatecos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 9(18), 31-53. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v9i18.15581>
- Cremades, A. (2020). La ansiedad en los adolescentes como ayudaría la educación emocional. [Trabajo de grado] Universidad de Sevilla. [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/102087/PER CREMADESMART%C3%8DNEZ MEMORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/102087/PER_CREMADESMART%C3%8DNEZ_MEMORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Díaz-Santos C. & Santos-Vallín L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *Revista de SEAPA*, 6(1), 21-31. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6317303.pdf>

- Duarte, A. (2019). *Nivel de ansiedad en adolescentes de nuevo ingreso al bachillerato general de educación media superior*. [Tesis de licenciatura] Universidad Autónoma del Estado de México.
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/109705/44TESIS%20DE%20ANSIEDAD%20HORT%20%283%29%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Echeverría, M. (2015). Prevención de la depresión en jóvenes: enfoque positivo. UPNA.
<https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18553/Maite%20Echeverria%20Aleman.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Espinosa-Fernández, L., García-López, L. & Muela-Martínez, J. (2019). Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. *Estudios de Juventud*. 11-24
<https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/1. una mirada hacia los jovenes con trastornos de ansiedad.pdf>
- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D. & Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 466-479.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2020). ¿Qué es la adolescencia? <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
- Franco, N., Pérez, M. Á., & de Dios, M. J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147184006>
- Galiano, M., Castellanos, T. & Moreno, T. (2016). Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(2), 195-204. <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v88n2/ped08216.pdf>

- Gallego, A., Álvarez, M., Arboleda, C., Correa, D. & Rey, N. (2022). Prácticas de crianza y estilos parentales: contextos sociales y retos para la Administración Pública. *Administración & Desarrollo*, 52(2), 182-202. <https://doi.org/10.22431/25005227.vol52n2.10>
- Goldman, L. (2020). ¿Qué es la depresión y que puedo hacer al respecto? Medical NewsToday. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depresion>
- González, F. M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. (pp. 192-193). <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/instrumentos-de-evaluacion-psicologica/>
- González, M. (2009). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula*, 5. pp. 13-20. <https://doi.org/10.14201/3270>
- González, M. B. & Andrade, P. (2021). Percepción de prácticas parentales y ansiedad en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(1), 54-59. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7802649.pdf>
- González, S., Pineda, A. & Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64755358008>
- González-Forteza, C., Hermosillo, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R. & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Gorgas, J., Cardiel, N., & Zamorano, J. (2011). *Estadística básica para estudiantes de ciencias*. Universidad Complutense de Madrid. https://guaix.fis.ucm.es/~ncl/homepage/teaching/libro_GCZ2009.pdf
- Gracia, E. & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Paidós Ibérica.
- Gutiérrez, R., Díaz, K. & Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*

Redalyc, 23(3). 219-228.

<https://www.redalyc.org/journal/104/10448076002/html/#:~:text=Por%20su%20parte%2C%20la%20secretar%C3%ADa,esquemas%20de%20convivencia%20social%20elementales.>

Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., & Cleveland, K. (2008). The Continued Importance of Quality Parent–Adolescent Relationships During Late Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 187–200. <https://scihub.se/10.1111/j.1532-7795.2008.00556.x>

Heinze, G. (2003). La ansiedad: cómo se la concibe actualmente. *Revista Ciencia*. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/anisedad_como_concibe.pdf

Hernández, B.N. (2019). *Percepción de los adolescentes sobre los estilos parentales de sus padres y su relación con la depresión y ansiedad* [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma de México. Archivo digital. <http://132.248.9.195/ptd2019/mayo/0789048/0789048.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Hinojosa, C. (2019). *Percepción de los estilos parentales y sintomatología depresiva en estudiantes varones de 4to y 5to año de secundaria de una institución educativa estatal del Callao*. [Tesis de maestría]. Universidad di San Martín de Porres. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5739/HINOJOSA_NC.a.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto de Estadística, Geografía e Informática (2020, 30 de mayo). *Estadísticas a propósito del día nacional del balance trabajo-familia* [Comunicado de prensa]. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/especiales/TRAB-FAM23.pdf>

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ISSSTE. (2024, 12 de enero). Depresión infantil y juvenil, ocupa 35 a 40% de consultas en salud mental: Issste. <https://www.gob.mx/issste/prensa/depresion-infantil-y-juvenil-ocupa-35-a-40-de-consultas-en-salud-mental-issste?idiom=es>
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100005&lng=es&tlng=es.
- Lara Reyes, B., Mendoza González, B., & Serrano Barquín, M. (2021). Descripción de la crianza en el siglo XXI, percepción de hijos e hijas adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(21), 9-30. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i21.17461>
- López, M., Núñez, J., Vazquez, P., Guillén, E. & Bracho, E. (2021). Ansiedad en niños y adolescentes debido a la cuarentena por COVID-19. Una encuesta en línea. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(4), 519-523. <https://doi.org/10.35366/102539>
- Lozano, R.P. & Quispe, P. (2022). *Estilos de crianza parental y ansiedad estado-rasgo en estudiantes de secundaria de un colegio privado en villa maría del triunfo en el 2022*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada del Norte. Repositorio Institucional UPN. <https://orcid.org/0000-0003-4681-3077>
- Núñez, B. (2021). *Depresión en estudiantes de secundaria de una institución pública en el contexto de COVID-19, Chiclayo – 2021*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Repositorio de tesis USAT. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/7316/1/TL_Nu%C3%B1ezAlvarezBruno.pdf
- Méndez, C. & Campos, S. (2017). La percepción de los adolescentes de las prácticas parentales y de su bienestar psicológico. *Revista Internacional de Estudios en Educación*, 17(2), 73-84. <https://doi.org/10.37354/riee.2017.170>

- Méndez, M. P., Andrade, P. & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 15(1), 99-118. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697007>
- Meza, M., Osorio-Franco, L. & Hernández, A. (2020). Percepción de adolescentes sobre las prácticas de crianza de sus padres y madres. Comparativo de género en contextos rural y urbano. *Clivajes Revista de Ciencias Sociales*, 14(14).
https://www.researchgate.net/publication/350611781_Percepcion_de_adolescentes_sobre_las_practicas_de_crianza_de_sus_padres_y_madres_Comparativo_de_genero_en_contextos_rural_y_urbano
- Moral, R. (2013). Prácticas parentales y percepción del rol en padres de adolescentes. *Revista mexicana de investigación psicología*. 5(1), 6-19.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2013/mip131a.pdf>
- Morales, C., Ortiz, S. & Mendoza, J. (2018). Con problemas de depresión, dos millones y medio de jóvenes mexicanos. Ciudad Universitaria.
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2018_655.html
- Morales, M. & Bedolla, L. C. (2022). Depresión y ansiedad en adolescentes: el papel de la implicación paterna. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 9(17). <https://www.cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/251>
- Morales, M., & Chávez, J. (2021). Factores de riesgo asociados a la ansiedad en adolescentes escolarizados. *Congreso Nacional de Investigación Educativa*.
<https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v16/doc/1367.pdf>
- Morales, M. & Díaz, D. (2024). Depresión y ansiedad en adolescentes: impacto de variables individuales y relacionales de la salud mental. *Revista Religación* 9(42).
<https://revista.religacion.com/index.php/religacion/article/view/1270/1682>
- Muñoz K, Arévalo C, Tipán J, & Morocho M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Rev. Ecuatoriana de Pediatría* 22(1), 1-8.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1222375/a6-depresion-y-factores-asociados-a-depresion-en-adolescentes- vsde5F6.pdf>

- Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41(2), 95-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200002>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://iris.who.int/handle/10665/42326>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Trastornos%20emocionales&text=Se%20calcula%20que%20el%203,a%2019%20a%C3%B1os%20padecen%20depresi%C3%B3n>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastornos de ansiedad*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Depresión. PAHO. <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J., Carballo, J. & Piqueras, J. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115---120. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989112000237>
- Oudhof, H., Robles, E. & Rodríguez, B. (2023). La percepción de la crianza parental en adolescentes mexicanos: una revisión narrativa. *Persona*, (26(2), 29-46. [https://doi.org/10.26439/persona2023.n26\(2\).6699](https://doi.org/10.26439/persona2023.n26(2).6699)
- Oudhof, H., Rodríguez, B. & Robles, E. (2012). La percepción de la crianza en padres, madres e hijos adolescentes pertenecientes al mismo núcleo familiar. *Liberabit. Revista de Psicología*, 18(1), 75-81. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68623931010>

- Padrós, F., Montoya, K. S., Bravo, M. A., & Martínez, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181-187.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Peña, L. (2019). *Relación entre la percepción de estilos de crianza, la depresión y el consumo de sustancias en el adulto*. [Tesis de master]. Universidad Pontificia COMILLAS. Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/53185>
- Peña, S. L., Oudhof, H., González-Arratia, N. I., & Rodríguez, B. (2024). Resiliencia y percepción de la crianza parental como predictoras de la salud mental positiva en adolescentes mexicanos. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología* 30(1), e730. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2024.v30n1.730>
- Puerta, V. (2018). *La ansiedad en la historia*. AMADAG. <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>
- Quero Virla, M., (2010). *Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach*. *Telos*, 12(2), 250. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf>
- Ren, Y, Zhang S, Huang C, Zhang J, Jiang T y Fang Y (2024) Estilos de crianza parentales percibidos y depresión en adolescentes chinos: el papel mediador de la autocompasión. *Front. Psychiatry*.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1417355/full>
- Rentería, E., Lledias, E. & Giraldo, A. (2008). Convivencia familiar: una lectura aproximativa desde elementos de la Psicología Social. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 4(2), 427-441. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940215>
- Richaud de Minzi, M. C. (2002). Inventario acerca de la percepción que tienen los niños y las niñas de las relaciones con sus padres y madres: Versión para 4 a 6 años. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1-2), 149-165.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28436210>

- Romano, E., Tremblay, R., Boulerice, B., & Swisher, R. (2005). Multilevel correlates of childhood physical aggression and prosocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 565–578. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-6738-3>
- Romero, K., Gómez, L., Lowe, G., Lipps, G. & Gibson, R. (2021). Estilos de crianza, ansiedad y síntomas depresivos en niños/adolescentes. *Revista Internacional de Investigación Psicológica*, 14(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842021000100012&lang=es
- Ruíz Cárdenas, C. T., Jiménez Flores, J., García Méndez, M., Flores Herrera, L. M., & Trejo Márquez, H. D. (2020). Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 104-122. <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/197/584>
- Ruvalcaba, N. A., Gallegos, J., Caballo, V.E. & Villegas, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.3.9485>
- Sánchez Ros, M. J. (2023). *La familia: un agente de socialización*. Rededuca. https://www.rededuca.net/blog/actualidad-educativa/familia-agente-socializacion?utm_source=chatgpt.com
- Secretaría de Gobernación, Prensa Nacional. (2022). *En México, 85.8 por ciento de madres, padres o personas cuidadoras fomentan la crianza positiva según consulta OpiNNA*. Comunicado 722. <https://www.gob.mx/segob/prensa/en-mexico-85-8-por-ciento-de-madres-padres-o-personas-cuidadoras-fomentan-la-crianza-positiva-segun-consulta-opinna>
- Segura, H., Vallejo, A., Osorno, J., Rojas, R., & Reyes S. (2011). La Escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*. 8(18) https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/18/018_Segura.pdf

- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividades*, 3(1), 10-59.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Russi, M.E., Vilar, A., Fresno, C., Batle, S., Matalí, J., Flores, E., Síntes, A., González, L., Mollá, L., Romero, S., Méndez, I., Tor, J., Serrano, E., Mairena, M.A., Mezzatesta, M., Elías, M. & Alda J. (2021). *Una mirada a la salud mental de los adolescentes. Cuaderno Faros*, 118.
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf
- Torres, B. (2022). La ansiedad se ha normalizado - UNAM Global. *UNAM Global - De la comunidad para la comunidad*. [https://unamglobal.unam.mx/la-ansiedad-se-ha-normalizado/#:~:text=La%20ansiedad%20\(proveniente%20del%20t%C3%A9rmino,inminente%20y%20de%20causa%20indefinida](https://unamglobal.unam.mx/la-ansiedad-se-ha-normalizado/#:~:text=La%20ansiedad%20(proveniente%20del%20t%C3%A9rmino,inminente%20y%20de%20causa%20indefinida).
- Varela, S., Chinchilla, T. & Murad, V. (2015). Prácticas de crianza en niños y niñas menores de seis años en Colombia. *Zona Próxima*, 22, 193-215.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85339658014>
- Vázquez-Salas R., Hubert C., Portillo-Romero A., Valdez-Santiago R., Barrientos-Gutiérrez T. & Villalobos-Hernández A. (2022). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos. *Salud Publica Mex*, 65, 117-125.
<https://doi.org/10.21149/14827>