

UNIVERSIDAD DE DEUSTO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CONDUCTA DISOCIAL
ADOLESCENTE EN RELACIÓN A LOS ESTILOS DE
SOCIALIZACIÓN PARENTAL**

TESIS DOCTORAL

**Presentada por el Lic. Wilber Roberto Castellón Mendoza
para optar al título de Doctor en Psicología**

Director: Dr. Félix Loizaga Latorre

BILBAO, JUNIO DE 2011

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO PRIMERO	
MARCO TEÓRICO	18
1.1 LA ADOLESCENCIA.	19
1.1.1 Visión actual de la adolescencia.	19
1.1.2 La adolescencia en la sociedad actual.	21
1.2 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE.	25
1.2.1 Depresión adolescente.	27
1.2.1.1 Descripción, clasificación y definición.	28
1.2.1.2 Causas.	30
1.2.1.3 Depresión adolescente y familia	33
1.2.2 Ansiedad adolescente.	38
1.2.2.1 Descripción, clasificación y definición.	39
1.2.2.2 Causas.	41
1.2.2.3 Ansiedad adolescente y familia.	45
1.2.3 Co-morbilidad entre depresión y ansiedad adolescente.	47
1.2.4 Conducta disocial adolescente.	50
1.2.4.1 Descripción, clasificación y definición.	51
1.2.4.2 Causas.	53
1.2.4.3 Conducta disocial adolescente y familia.	57

1.3 FAMILIA Y ADOLESCENCIA.	63
1.3.1 Función de la familia y la estructura familiar del adolescente.	64
1.3.1.1 Familia y bienestar – malestar adolescente	69
1.3.2 Estilos de socialización parental en la adolescencia.	74
1.3.2.1 Definición y clarificación conceptual.	74
1.3.2.2 Tipologías Familiares y de Estilos de Socialización Parental	76
1.4 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE Y ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL.	82
1.4.1 Depresión, ansiedad, conducta disocial y estilos de socialización parental en la adolescencia.	83
CAPÍTULO SEGUNDO	
PROBLEMA, OBJETIVOS, VARIABLES E HIPÓTESIS	
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	94
2.2 OBJETIVOS.	94
2.2.1 Objetivo general	94
2.2.2 Objetivos específicos	94
2.3 VARIABLES.	95
2.4 HIPÓTESIS.	96

CAPÍTULO TERCERO	
MÉTODO	100
3.1 PARTICIPANTES.	101
3.2 INSTRUMENTOS.	104
3.3 PROCEDIMIENTO.	110
CAPITULO CUARTO	112
RESULTADOS	
4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.	112
4.1.1 Tipo de familia.	112
4.1.1.1 Tipo de familia y sexo del adolescente.	116
4.1.1.2 Tipo de familia y edad del adolescente.	117
4.1.2 Estilos de Socialización Parental.	119
4.1.2.1 Estilo de socialización parental y tipo de familia.	120
4.1.2.2 Estilo de socialización parental y sexo del adolescente.	122
4.1.2.3 Estilo de socialización parental y edad del adolescente.	124
4.1.3 Psicopatología adolescente.	127
4.1.3.1 Depresión adolescente.	127
4.1.3.1.1 Depresión adolescente y edad.	127
4.1.3.1.2 Depresión adolescente y sexo.	129

4.1.3.1.3 Depresión y tipo de familia del adolescente.	130
4.1.3.2 Ansiedad adolescente.	132
4.1.3.2.1 Ansiedad adolescente y edad.	132
4.1.3.2.2 Ansiedad adolescente y sexo.	133
4.1.3.2.3 Ansiedad y tipo de familia del adolescente.	135
4.1.3.3 Conducta disocial adolescente.	136
4.1.3.3.1 Conducta disocial adolescente y edad.	136
4.1.3.3.2 Conducta disocial adolescente y sexo.	138
4.1.3.3.3 Conducta disocial y tipo de familia del adolescente.	139
4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL	140
4.2.1 Psicopatología adolescente y estilos de socialización parental.	140
4.2.1.1 Depresión y estilos de socialización parental.	141
4.2.1.2 Ansiedad y estilos de socialización parental.	153
4.2.1.3 Conducta disocial y estilos de socialización parental.	166
4.2.2 Co-morbilidad entre psicopatología adolescente.	179

CAPÍTULO QUINTO	181
DISCUSIÓN	
5.1 FAMILIA Y ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL.	182
5.2 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE.	185
5.3 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE Y ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL.	188
5.3.1 Depresión adolescente y estilos de socialización parental.	189
5.3.2 Ansiedad adolescente y estilos de socialización parental.	191
5.3.3 Conducta disocial adolescente y estilos de socialización parental.	194
5.4 SOBRE EL ESTILO DE SOCIALIZACIÓN MÁS SANO E INSANO.	197
CONCLUSIONES	199
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	202
ANEXOS	272

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Combinación de las dimensiones de conducta de los padres y los estilos resultantes.	80
Tabla 2. Distribución total de participantes por Centro Educativo	102
Tabla 3. Distribución de los participantes por Curso Académico	102
Tabla 4. Distribución de los adolescentes por sexo.	103
Tabla 5. Distribución de los participantes por edad	103
Tabla 6. Tipo de Familia	115
Tabla 7. Tipo de familia según el sexo del adolescente	116
Tabla 8. Tipo de Familia según la edad del adolescente	118
Tabla 9. Estilo de socialización parental del padre y de la madre	119
Tabla 10. Estilo de socialización del padre y tipo de familia	121
Tabla 11. Estilo de socialización de la madre y tipo de familia	122
Tabla 12. Estilo de socialización del padre y sexo del adolescente	123
Tabla 13. Estilo de socialización de la madre y sexo del adolescente	123
Tabla 14. Estilo de socialización del padre y edad del adolescente	125
Tabla 15. Estilo de socialización de la madre y edad del adolescente	126
Tabla 16. Depresión adolescente y edad	127
Tabla 17. Depresión adolescente y sexo	129
Tabla 18. Prueba T para la igualdad de medias del puntaje de depresión de los adolescentes de ambos sexos	130
Tabla 19. Depresión adolescente y tipo de familia	131
Tabla 20. Ansiedad adolescente y edad	132
Tabla 21. Ansiedad adolescente y sexo	133

Tabla 22	Prueba T para la igualdad de medias del puntaje de ansiedad de los adolescentes de ambos sexos	134
Tabla 23	Ansiedad adolescente y tipo de familia	135
Tabla 24	Conducta disocial adolescente y edad	136
Tabla 25	Conducta disocial adolescente y sexo	138
Tabla 26	Prueba T para la igualdad de medias del puntaje de conducta disocial de los adolescentes de ambos sexos	139
Tabla 27	Conducta disocial adolescente y tipo de familia	140
Tabla 28	Depresión y ESPA padre negligente y autoritario	141
Tabla 29	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA padre negligente y autoritario	142
Tabla 30	Depresión y ESPA padre autorizativo y negligente	143
Tabla 31	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA padre autorizativo y negligente	143
Tabla 32	Depresión y ESPA padre indulgente y negligente	144
Tabla 33	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA padre indulgente y Negligente	144
Tabla 34	Depresión y ESPA madre negligente y autoritaria	145
Tabla 35	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA madre negligente y autoritaria	146
Tabla 36	Depresión y ESPA madre autorizativa y negligente	147
Tabla 37	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA madre autorizativa y negligente	147
Tabla 38	Depresión y ESPA madre indulgente y negligente	148
Tabla 39	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y	148

	ESPA madre indulgente y negligente	
Tabla 40	Depresión de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización del padre	149
Tabla 41	Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESPA) en la variable depresión	150
Tabla 42	Depresión de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización de la madre	151
Tabla 43	Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESMA) en la variable depresión	152
Tabla 44	Depresión adolescente y estilos de socialización paterno y materno	153
Tabla 45	Ansiedad y ESPA padre autoritativo y autoritario	154
Tabla 46	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA padre autoritativo y autoritario	15
Tabla 47	Ansiedad y ESPA padre indulgente y autoritario	156
Tabla 48	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA padre indulgente y autoritario	156
Tabla 49	Ansiedad infantil y ESPA padre negligente y autoritario	157
Tabla 50	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad infantil y ESPA padre negligente y autoritario	157
Tabla 51	Ansiedad y ESPA madre autoritativa y autoritaria	158
Tabla 52	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA madre autoritativa y autoritaria	159
Tabla 53	Ansiedad y ESPA madre indulgente y autoritaria	160
Tabla 54	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y	160

	ESPA madre indulgente y autoritaria	
Tabla 55	Ansiedad y ESPA madre negligente y autoritaria	161
Tabla 56	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA madre negligente y autoritaria	161
Tabla 57	Ansiedad de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización del padre	162
Tabla 58	Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESPA) en la variable ansiedad	163
Tabla 59	Ansiedad de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización de la madre	164
Tabla 60	Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESMA) en la variable ansiedad	165
Tabla 61	Ansiedad adolescente y estilos de socialización paterno y materno	166
Tabla 62	Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y autoritario	167
Tabla 63	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y autoritario	167
Tabla 64	Conducta Disocial y ESPA padre autorizativo e indulgente	168
Tabla 65	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA padre autorizativo e indulgente	169
Tabla 66	Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y negligente	170
Tabla 67	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y negligente	170
Tabla 68	Conducta Disocial y ESPA madre indulgente y autoritaria	171
Tabla 69	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta	171

	Disocial y ESPA madre indulgente y autoritaria	
Tabla 70	Disocial y ESPA madre autorizativa e indulgente	172
Tabla 71	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Disocial y ESPA madre autorizativa e indulgente	172
Tabla 72	Conducta Disocial y ESPA madre indulgente y negligente	173
Tabla 73	Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA madre indulgente y negligente	174
Tabla 74	Conducta disocial de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización del padre	175
Tabla 75	Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESPA) en la variable conducta disocial	176
Tabla 76	Conducta disocial de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización de la madre	176
Tabla 77	Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESMA) en la variable conducta disocial	177
Tabla 78	Conducta disocial adolescente y estilos de socialización paterno y materno	178

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Tipo de Familia	115
Figura 2 Tipo de familia según el sexo del adolescente.	117
Figura 3 Tipo de familia según la edad del adolescente	118
Figura 4 Estilo de socialización parental del padre	119
Figura 5 Depresión y edad del adolescente	128
Figura 6 Depresión y sexo del adolescente	129
Figura 7 Depresión y tipo de familia del adolescente	131
Figura 8 Ansiedad y edad del adolescente	132
Figura 9 Ansiedad adolescente y sexo	134
Figura 10 Ansiedad y tipo de familia del adolescente	136
Figura 11 Conducta disocial y edad del Adolescente	137
Figura 12 Conducta disocial y sexo del adolescente	138
Figura 13 Conducta disocial y tipo de familia del Adolescente	140
Figura 14 Depresión de los adolescentes por sexo y estilos de socialización del padre	150
Figura 15 Depresión de los adolescentes por sexo y estilos de socialización de la madre	151
Figura 16 Depresión adolescente y estilos de socialización paterno y materno	153
Figura 17 Ansiedad de los adolescentes por sexo y estilos de socialización del padre	163
Figura 18 Ansiedad de los adolescentes por sexo y estilos de socialización de la madre	164

Figura 19	Ansiedad adolescente y estilos de socialización parental paterno y materno	166
Figura 20	Conducta disocial de los adolescentes por sexo y estilos de socialización del padre	175
Figura 21	Conducta disocial adolescente por sexo y estilos de socialización de la madre	177
Figura 22	Conducta disocial adolescente y estilos de socialización paterno y materno	179

INTRODUCCIÓN

El estudio de la familia y su vinculación con el bienestar-malestar de los hijos constituye una prioridad para la psicología desde hace varias décadas, áreas como la psicología familiar, la psicología social de la familia y la terapia de familia han ido consolidando un marco teórico explicativo, preventivo y de intervención de los diferentes aspectos que constituyen ese grupo primario al que llamamos familia. Y es justamente este carácter primario el que favorece que la mirada de los expertos del comportamiento humano y de los procesos mentales se sitúe en ella, porque la familia juega un papel determinante en el crecimiento y desarrollo biopsicosocial de las personas, siendo el primer proveedor de identidad personal y social del individuo.

En esta vía, de la familia como facilitadora de identidad, se sabe que la transmisión de valores, normas, creencias y actitudes propias de una cultura determinada se concreta a través de los estilos de socialización parental, es decir, que existen diversos modos de socializar al individuo y de ejecutar la pedagogía de la crianza, las cuales generalmente se ven influenciadas por las experiencias personales, los estados de ánimo, las ideologías y pocas veces por el conocimiento de principios educativos sobre la disciplina, el control y el calor afectivo.

Estos estilos de socialización parental inciden en los hijos en sus diferentes etapas del desarrollo, constituyendo la adolescencia el período en el cual la eficacia o ineficacia de dicho proceso socializador emerge con mayor fuerza, las características

psicológicas de los adolescentes encaminadas hacia la emancipación lo empujan a adquirir sus propios parámetros sobre las normas, valores y creencias en general, siendo muchas veces opuestos a los deseables por los padres.

La mayoría de estas desavenencias generan conflictos parentofiliales, los padres se sienten frustrados y desconcertados ante las conductas de sus hijos, y éstos suelen reaccionar de forma internalizante o externalizante, es decir, conteniendo sus emociones y rumiando consigo mismos sus pensamientos o expresando su disconformidad y desacuerdo con ira y ciertas dosis de agresividad. Estas reacciones llevadas al extremo y moduladas por diversas variables se cristalizan en psicopatologías, siendo la depresión, la ansiedad y la conducta disocial las más representativas y comunes.

La presente investigación tiene como objetivo principal estudiar, precisamente, la relación entre los estilos de socialización parental y la depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente, ya que a pesar de que se han realizado muchos estudios sobre los estilos de socialización y los efectos generados en los hijos, son relativamente pocas las investigaciones que abordan explícitamente el vínculo entre los estilos de socialización parental y la psicopatología adolescente, por lo tanto, se consideró importante realizar un aporte al respecto.

En el capítulo 1, se presentan aspectos teóricos generales sobre adolescencia, psicopatología adolescente y más específicamente sobre depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente; luego, se abordan los principales elementos teóricos acerca de la

familia y su importancia en la vida adolescente y, finalmente, se hace un recorrido acerca de las principales investigaciones que asocian los estilos de socialización parental con la depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente.

El capítulo 2 contempla el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, las variables en estudio con sus respectivas definiciones y las principales hipótesis de investigación que le dan sentido al escrito, teniendo como tesis principal la relación entre cada uno de los estilos de socialización parental con una psicopatología adolescente en particular.

En el capítulo 3 se aborda el método, desglosado en sus tres apartados fundamentales: participantes, instrumentos y procedimiento. Se describen con exhaustividad las características de los adolescentes que participaron en el estudio y los centros educativos que facilitaron el acceso a los mismos; también se describen con minuciosidad las cualidades psicométricas de las pruebas psicológicas utilizadas para medir las variables, mencionando además otros test, escalas y cuestionarios alternativos que miden los mismos fenómenos, pero que por diversos motivos no se consideró adecuado utilizarlos; y el procedimiento, que señala con claridad los pasos y acciones realizadas para la recolección de los datos.

El capítulo 4 presenta los resultados de la investigación, primero los aspectos descriptivos de la muestra tales como el tipo de familia, el estilo de socialización parental más frecuente a partir del sexo y la edad del adolescente, así como las

frecuencias y porcentajes de depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente en relación al sexo y la edad; segundo, se presentan los resultados inferenciales, la relación existente entre determinados estilos de socialización parental y la psicopatología adolescente.

Por último, el capítulo 5 contiene la discusión de los resultados y las conclusiones de la investigación, siendo por ello el capítulo que evidencia mayores aportes propios. Se analizan los hallazgos encontrados a la luz de los antecedentes y luego se presentan argumentos explicativos acerca del porqué de los resultados y sobre cuál es el estilo de socialización parental más sano en la sociedad española.

Se espera, pues, que el lector del documento encuentre un pequeño aporte que brinde nuevas luces a la comprensión del entramado muchas veces difuso entre padres e hijos adolescentes, sobre todo en los tiempos que corren donde el sentido y el significado de la familia está sufriendo enormes transformaciones, y algunas de ellas en detrimento de la salud de los adolescentes.

CAPÍTULO PRIMERO

MARCO TEÓRICO

1.1 LA ADOLESCENCIA

1.1.1 Visión actual de la adolescencia

1.1.2 La adolescencia en la sociedad actual

1.1 LA ADOLESCENCIA.

1.1.1 Visión actual de la adolescencia.

La adolescencia es uno de los períodos más importantes en la vida de todo ser humano, es el momento en el que la transformación de la realidad como característica ontológica y propiamente humana se acentúa, sobre todo en una época como la que vivimos actualmente, en la que la preparación para la vida adulta productiva es una de las principales exigencias que la sociedad le plantea al adolescente.

Desde hace décadas, la psicología explicó la transformación y el cambio de la niñez hacia la adultez como única consecuencia del crecimiento físico y de la maduración sexual, sin embargo, hoy en día este argumento es insuficiente para la comprensión de la adolescencia, ya que los factores psicosociales son igual de importantes para llegar a “ser adulto”. Algunos autores consideran que la adolescencia es una especie de invención social (Palmonari, 2003; Rice, 2000) propia de nuestra época y de países industrializados.

Actualmente, la adolescencia es un período prolongado y carente de equilibrio psicológico por la distancia entre la adultez biológica y la adultez social, en comparación a épocas históricas anteriores. La configuración de la identidad se posterga debido a las dificultades para adquirir la independencia económica. En España, según Iglesias de Ussel (1998) los “adolescentes presentan retrasos en la autonomía socioeconómica [...] siguen viviendo con sus padres entre los 25 y 29 años” (p. 78). Esto hace que la adolescencia, desde una perspectiva psicosocial se alargue en el tiempo.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 20

Esta relativa carencia de equilibrio propia de la adolescencia hace referencia a lo que se conoce como *crisis de la adolescencia* (Mannoni, Deluz, Gibello y Hébrard, 2001). Éste es un constructo que enfatiza el principio de la psicología evolutiva que sostiene que todo cambio genera crisis, y el paso por la adolescencia no es la excepción, sin embargo, hay que recordar que la crisis de la adolescencia no es una condición *sine qua non* vivida por todo adolescente ya que para algunos la adolescencia no implica un período particularmente desadaptativo en cuanto a su pensar, sentir y actuar (Erikson, 1978).

Desde el punto de vista del proceso madurativo, no es conveniente considerar la adolescencia como una etapa uniforme, por ello se habla de adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía (Ruano y Serrá, 2001) o de preadolescencia, adolescencia y postadolescencia (Funes, 2003). Lo importante es tomar en cuenta que en cada una de éstas sub-etapas existen cambios y crisis centradas en determinadas áreas. En la preadolescencia, el énfasis estriba en los cambios físicos; en la adolescencia, debido al marcado desarrollo cognoscitivo, afectivo y social la crisis es interna, de personalidad; y en la postadolescencia, la meta es la autoafirmación del yo y la realización con otros (Castillo, 2002).

Lo que tienen en común estas etapas es que forman parte del mundo adolescente actual, y la visión de que la condición adolescente no es algo estable y definitivo, sino que viven una situación temporal, con dificultades y problemáticas también temporales que pueden verse prolongadas en la medida en que las condiciones de su entorno lo faciliten.

1.1.2 La adolescencia en la sociedad actual.

En la sociedad occidental del siglo XXI ser adolescente implica lidiar con muchas ambigüedades, lo que se espera del rol adolescente es difuso para éstos ya que se les invita a convertirse en adultos prontamente para que trabajen y sean “responsables”, pero además se les refuerza a ser eternamente jóvenes, así como el gusto y apetencia sobre el deber y el placer sobre el sacrificio y el sufrimiento (De las Heras, 2005; Rojas, 1998).

Hoy en día existe un culto a la juventud y a la imagen corporal como nunca antes en la historia de la humanidad, es así como el “verse bien” basándose en los cánones sociales establecidos es fundamental para lograr aceptación social y éxito en la vida. En países como Estados Unidos las chicas adolescentes están pidiendo a sus padres cada vez con más frecuencia que su regalo de quince años sea una cirugía estética. Modificarse la nariz, aumentarse el grosor de los labios o el tamaño de los senos es de las operaciones más demandadas y que comienzan a verse como normales. Sólo en el 2007 se realizaron 87,600 operaciones a menores en este país, “a veces una hora de operación, y unos pocos días de recuperación son mejor que una vida de psicoanálisis” sostiene Frederick Lucas, un cirujano plástico de Nueva York que se ha especializado en menores por más de 20 años (Los adolescentes recurren a la cirugía plástica para ser aceptados en la sociedad, 2008).

España no escapa a esta tendencia, cada año unas 350,000 personas pasan por el quirófano para someterse principalmente a liposucción y aumentos de mama, y muchas de ellas son adolescentes, según datos de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (Miedo a envejecer, 2004); las inyecciones de colágeno y bótox

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 22

son algo cotidiano y cada vez más frecuente en jóvenes y adolescentes, lo que ha dado lugar al término Baby-Bótox para referirse a ello.

Las implicaciones físicas y psicológicas del Baby-Bótox en la salud de los adolescentes son más negativas que positivas, para empezar, porque un adolescente todavía está en fase de crecimiento corporal y posiblemente los senos le sigan creciendo sin necesidad de pasar por el quirófano; luego, porque aprende a fundamentar su autoestima en la imagen corporal, y cuando ésta no corresponde a los parámetros establecidos la valoración que tiene sobre sí mismo cae en picada libre, afectándole negativamente en todas las áreas de su vida.

En este sentido, los padres también ejercen mucha influencia con respecto a la imagen corporal, hay madres y padres que les exigen a sus hijas que bajen de peso o hacen comentarios negativos y hasta degradantes con respecto a sus medidas corporales. Otros padres se encuentran realizando dietas rígidas y obsesivas convirtiéndose indirectamente en modelos negativos para sus hijos, todo por ser más joven. En la sociedad occidental actual se tiene la absurda pretensión de que la juventud sea un modelo de vida, por ello la postadolescencia está superpoblada.

Otra característica de la adolescencia (y tal vez de la sociedad en general) propia de los tiempos actuales es la poca intimidad y pudor con respecto a aspectos típicamente personales. Las esferas de lo privado y de lo público parecen traslaparse e indiferenciarse en muchos jóvenes y adolescentes actuales, se tienen relaciones sexuales públicamente o se graban en vídeo colocándolo posteriormente en Internet, de tal forma que otros puedan observar lo sucedido.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 23

En esta vía de lo público, merecen particular atención las violaciones sexuales y las palizas enviadas por móvil o por la red (Detenidos dos jóvenes en Gerona por violar a una menor de 15 años y grabarlo en vídeo, 2008; Rodríguez, 2006; Una niña de 10 años muestra en clase un vídeo de sus relaciones sexuales, 2008), como si no bastará la acción agresiva en sí misma, sino que lo importante es que otros vean los actos violentos que se han cometido o las humillaciones que otras personas han recibido.

Todo esto se encuentra muy condicionado por las nuevas tecnologías y los modernos sistemas de comunicación humana y, ciertamente, los adolescentes son los más familiarizados con estos recursos ya que las generaciones actuales de adolescentes nacieron con dichos avances: son la generación del móvil y del Internet (Izquierdo Moreno, 2007; Matalí y Alda, 2008; Ortega Campos, 2007).

Estas nuevas tecnologías también han dado espacio a nuevos tipos de patologías, algunas de las cuales serán incorporadas en las nuevas clasificaciones de enfermedades mentales (Deangelis, 2007), por ejemplo algunas modernas adicciones como: adicción al móvil, a los videojuegos o a Internet (Guerreschi, 2007; Valleur y Matysiak, 2005).

Independientemente de lo inaceptable y polémico que resulte para muchos el término modernas adicciones, lo cierto es que las actuales herramientas tecnológicas determinan en gran medida las relaciones interpersonales de los adolescentes actuales, construyendo redes sociales, afectivas y funcionales de un modo cualitativamente distinto al de generaciones anteriores. Una sociedad globalizada tiene exigencias globales que se reproducen a través del proceso de socialización, siendo los más jóvenes las víctimas más vulnerables (Lipovetsky y Charles, 2006; Ritzer, 2007).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 24

Un aspecto relacional adolescente particularmente vulnerable en los tiempos actuales es el vinculado a la crianza parental y a la comunicación con los padres. Muchos adolescentes del siglo XXI pasan solos en casa durante el día, ven y se relacionan con sus padres hasta la noche, luego de que éstos llegan del trabajo; en consecuencia, el tiempo de interacción es corto y muchas veces de poca calidad. Esta situación acentúa aun más la distancia entre padres e hijos adolescentes. El adolescente por su etapa evolutiva busca la soledad, pero siempre necesita del cuidado, comprensión y supervisión de sus padres, de ahí que el poco tiempo de comunión con los padres sea un factor de riesgo para la presencia de patologías adolescenciales (Coleman y Hendry, 2008; Tariu y Navarro, 2006; Toscano de Alberini, 2006), algunas de las cuales se abordarán a continuación.

1.2 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE

1.2.1 DEPRESIÓN ADOLESCENTE

1.2.1.1 Descripción, clasificación y definición

1.2.1.2 Causas

1.2.1.3 Depresión adolescente y familia

1.2 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE.

En los últimos años la morbilidad y mortalidad adolescente han experimentado cambios sustanciales, las enfermedades físicas ya no son la principal causa de muerte e incapacidad. Sus principales problemas de salud son consecuencia de los comportamientos y estilos de vida que siguen, tales como accidentes, consumo de drogas, trastornos alimentarios y enfermedades de transmisión sexual (incluyendo la infección por VIH) (Antona, Madrid y Aláez, 2003).

En cuanto a la psicopatología, diversas investigaciones en España proponen una prevalencia para los trastornos mentales que oscila entre un 14 y un 20% en niños mayores y adolescentes (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996), tomando en cuenta que estos datos casi siempre son referidos a la población que consulta en Salud Mental; de hecho, se considera generalmente que los adolescentes son una población bastante sana a partir de su contacto relativamente bajo con los servicios de salud (Coleman y Hendry, 2003; Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003). A pesar de ello, se reconoce que a partir de los 12-14 años se produce un importante aumento de trastornos de conducta y control de impulsos, así como de reacciones depresivas y cuadros de ansiedad (Antona y otros, 2003). Estos últimos son de gran interés para la presente investigación.

Una de las múltiples formas de clasificar la psicopatología infantil y del adolescente es a partir de su expresión, en este sentido se habla de actividad abierta y actividad cubierta. A los trastornos de actividad abierta se les denomina *externalizantes* o *de externalización* y a los trastornos de actividad cubierta *internalizantes* o *de internalización* (Sarason y Sarason, 1996).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 27

Los trastornos externalizantes no pueden ser ignorados por los demás ya que se caracterizan por la expresión de un comportamiento francamente indeseable y desestabilizador, entre ellos se encuentran los trastornos de conducta, la hiperactividad y el abuso de drogas. En cambio los trastornos internalizantes consisten en preocupaciones y pensamientos distorsionados que son experimentados en silencio por los niños y adolescentes que los padecen; por esta razón, con frecuencia son difíciles de detectar y muchos padres y maestros tienden a subestimar su gravedad (Wenar y Kerig, 2000). Los principales trastornos internalizantes son la depresión y la ansiedad en sus diversos matices y manifestaciones diagnósticas (Lemos Giráldez, 2003).

En esta investigación se han considerado dos patologías internalizantes y una externalizante, a saber, la depresión, la ansiedad y la conducta disocial. La elección de ellos obedece a que sus síntomas son los más comunes y frecuentes en los adolescentes españoles de ambos sexos.

A continuación, iniciaremos un recorrido por estos trastornos señalando sus principales características, causas e implicaciones para el adolescente y su familia.

1.2.1 DEPRESIÓN ADOLESCENTE.

La depresión es, actualmente, el trastorno mental por excelencia de nuestras sociedades, miles de personas en el mundo padecen de depresión, y los adolescentes al ser parte de ellas también se ven afectados. Sin embargo, las manifestaciones clínicas con respecto a la población adulta no siempre son semejantes, existen variaciones importantes.

1.2.1.1 Descripción, clasificación y definición.

A nivel internacional han prevalecido los criterios del DSM-IV-TR aplicables a los niños y adolescentes con ligeros matices. Este manual establece diagnósticos diferenciales de sintomatología depresiva, ubicándolos dentro de lo que se considera como trastornos del estado de ánimo, que incluye: trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2002).

Los trastornos depresivos a su vez, se dividen en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado; los bipolares en: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado; y los basados en la etiología incluyen los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias y trastornos del estado de ánimo no especificado (Ibíd.).

El interés de esta investigación recae exclusivamente en los trastornos depresivos, y más que en la presencia o no de “trastornos” sólidamente configurados, el objetivo principal consiste en conocer si existen síntomas o no que inducen o se acercan al trastorno. En este sentido, se considera de gran utilidad la clasificación de síntomas de depresión infantil de Weinberg y colaboradores (que aplica perfectamente también a adolescentes), la cual se conoce simplemente como *criterios Weinberg* (Méndez, Olivares y Ros, 2002).

Estos criterios Weinberg, de forma resumida, son los siguientes: estado de ánimo disfórico (melancolía), ideación autodespreciativa, conducta agresiva (agitación), alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, socialización disminuida,

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 29

cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, pérdida de la energía habitual y cambios en el apetito y/o en el peso habituales (Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik y Dietz, 1973).

Investigadores y expertos en depresión adolescente enfatizan algunos aspectos como los más característicos. Por ejemplo Gotlib, Lewinsohn y Seeley (1995) sostienen que la anhedonia, los trastornos de peso y apetito junto con la indecisión y los pensamientos suicidas son los más usuales.

El sueño también suele verse afectado, ya sea por hipersomnia o insomnio. La hipersomnia en el adolescente se presenta más como un aumento del sueño diurno que como un sueño nocturno prolongado (Marcelli, Cardon y Loubeyre, 1992), y el insomnio generalmente es de conciliación más que de despertar precoz, a menos que sea un trastorno depresivo mayor (APA, 2002).

Con todo, es importante tomar en cuenta la sugerencia de Rutter (1986) en cuanto a la distinción del fenómeno (o síntoma) de depresión y el síndrome (o trastorno) denominado depresión. Aquí, el término síntoma se utiliza en sentido coloquial, como una “experiencia de”, que no implica necesariamente la existencia de una grave psicopatología. Este matiz obedece al hecho de que en niños y adolescentes el fenómeno cursa de forma distinta al del adulto.

En síntesis, en la presente investigación se entenderá por depresión adolescente a *un estado afectivo caracterizado por anhedonia, disforia, conducta agresiva, alteraciones del sueño y del apetito, los cuales inciden negativamente en el rendimiento escolar, en las relaciones interpersonales y en el estado de ánimo general del adolescente.*

1.2.1.2 Causas.

La etiología de la depresión adolescente es multicausal, de hecho, actualmente, se prefiere hablar de factores de riesgo que en una compleja interacción se presentan frecuentemente ligados a la aparición de un trastorno afectivo (Del Barrio, 2000; MacPhee y Andrews, 2006).

A modo de categorización de estos factores, se puede hablar de factores personales y ambientales. Entre los primeros se encuentran aspectos como el temperamento, la personalidad y el sistema nervioso (Carrasco Ortiz y Del Barrio Gándara, 2007); y entre los segundos se enfatiza la escuela, los acontecimientos vitales pero, sobre todo, el entorno familiar (Del Barrio, 2000; Polaino, 1998).

No nos detendremos a explorar la enorme cantidad de estudios que vinculan todos estos aspectos con la etiología de la depresión -particularmente en lo que concierne a los factores personales-, hacerlo excedería grandemente los límites de esta investigación, sólo se expondrán brevemente algunos de los hallazgos más importantes de tipo ambiental, esto con el fin de brindar un soporte teórico a lo que constituye el tema central del estudio, que es la posible vinculación de patologías adolescentes con los estilos de socialización parental.

Pues bien, la escuela constituye después de la familia el entorno más cercano e íntimo del adolescente, es un espacio de convivencia social normado en el que los jóvenes suelen ver a sus amigos; pero también, es un escenario de competencia intelectual y social, lo cual le exige al adolescente la generación de mecanismos adaptativos y de afrontamiento ante ello (Obiols y De Obiols, 1997; Oldehinkel, Rosmalen, Veenstra, Dijkstra, Ormel, 2007).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 31

Las malas notas se han relacionado continuamente con la depresión en los niños y, un poco menos, en los adolescentes (Chen, Rubin y Li, 1995; Hilsman y Garber, 1995), esto dependerá de la escala de intereses y valores de cada adolescente, de las presiones familiares, así como de la motivación de logro académico del adolescente (Kovacs, 2008).

Existe polémica sobre cuál es la secuencia más habitual: descenso del rendimiento escolar y aparición de la depresión o viceversa. Algunos autores suponen que primero existe un descenso en el rendimiento, lo cual genera una depresión; en este caso estaríamos ante la concepción del problema escolar como un factor de riesgo. Otros sostienen que es la depresión la que produce el descenso del rendimiento. Ante esto, lo mejor sería adoptar la postura mixta que sugiere Del Barrio (1997) y aceptar que en ocasiones es el descenso escolar el factor de riesgo de la depresión y en otras es la depresión el desencadenante del descenso académico.

Más allá de los aspectos escolares y su influencia en la depresión adolescente, es importante señalar que la adolescencia es un período de vida de constantes cambios biopsicosociales, los cuales pillan por sorpresa a la mayoría de los adolescentes.

Durante la adolescencia, la depresión puede presentarse fácilmente, sobre todo cuando los sucesos vitales ocurren sin adecuadas redes de apoyo social (Caballo y Simón, 2000; Gracia, Musitu y García Pérez, 1994; Lee, Anderson, Horowitz y August, 2009). Hay una serie de tareas que el adolescente debe enfrentar, como lograr la independencia emocional de los adultos, prepararse para una ocupación, asumir un rol sexual y aceptar los cambios corporales y la propia apariencia física (Mazza, Fleming, Abbott, Haggerty y Catalano, 2010).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 32

Estos cambios y tareas propias de su ciclo evolutivo y requeridas socialmente para pasar a la adultez pueden ser desencadenantes de depresión, la falta de preparación ante ellos, la resistencia al cambio y los errores cometidos en la actuación de los nuevos roles pueden propiciarla. También se habla de estilos atributivos negativos como predictores de depresión en adolescentes (Del Barrio, 2000; Sanjuán y Magallares, 2006), enfatizándose el elemento cognoscitivo y perceptual que opera en la explicación de los acontecimientos vividos, así como las creencias irracionales y una baja tolerancia a la frustración (Auerbach, Eberhart y Abela, 2010; Marcotte, 1996; Wilson y Deane, 2010). Los cambios físicos en sí mismos son importantes, pero quizás sean más importantes las percepciones del propio individuo sobre esos cambios.

Además, los adolescentes no controlan sus estados emocionales fácilmente, se ven inmersos en variaciones turbulentas del humor. En este sentido podría afirmarse que el humor adolescente es lábil, lo que un día parece no tener solución puede haberse olvidado a la semana siguiente (Schowalter y King, 1991). La propia autoimagen y autoevaluación son tan frágiles que las actitudes y juicios de personas puntuales como padres y amigos pueden ser suficientes para situarlo en la tristeza o en la euforia (Abela y Sakellaropoulo, 2007; Bosacki, Dane y Marini, 2007). Así que, la labilidad afectiva es un fenómeno característico de la adolescencia, sobre todo de la adolescencia temprana (Domènech, Subirà y Cuxart, 1996).

Un aspecto que es necesario resaltar es la mayor presencia de sintomatología depresiva en chicas adolescentes. Se ha encontrado con frecuencia que las chicas están más deprimidas que los chicos después de los 13 años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002; Grabe, Hyde y Lindberg, 2007; Marcotte, 1996; Nolen-Hoeksema,

Girgus y Seligman, 1991); al parecer, las chicas experimentan más cambios vitales que los chicos y son más vulnerables a acontecimientos vitales indeseables (Caballo y Simón, 2000; Vaughan y Halpern, 2010). Además, las chicas tienen más presiones de tipo social en cuanto a belleza e imagen, se les exige más en el cuidado del cuerpo hasta extremos poco saludables, por lo que la depresión puede ser una de las muchas patologías que pueden presentarse al no responder a los estándares de belleza establecidos socialmente.

1.2.1.3 Depresión adolescente y familia.

Mucho se ha investigado la relación entre sintomatología depresiva adolescente y la familia nuclear de pertenencia, y se ha descubierto que las alteraciones del estado de ánimo en general tienen sus inicios en períodos tempranos de la vida dentro del entorno familiar (Davis y Epkins, 2009; Greening, Stoppelbein y Luebke, 2010; MacPhee y Andrews, 2006; Sarigiani, Heath y Camarena, 2003).

La inestabilidad emocional de los padres es uno de los primeros factores de riesgo que se han considerado para la gestación de depresión en los hijos (Goodyer, Wright y Altham, 1988; Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2008; Vélez, Johnson y Cohen, 1989). Se ha evidenciado que las familias con problemas emocionales crean un entorno que incrementa ciertos factores de riesgo de depresión, tales como niveles bajos de actividad social, intelectual, deportiva, recreativa y cultural; en consecuencia, no ofrecen a sus hijos las experiencias propias de una vida sana y gratificante. Además, los padres inestables suelen proyectar sus problemas sobre los hijos creando unas expectativas inadecuadas que son fuente de estrés (Cole y Rhem, 1986).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 34

Ahora bien, la existencia de trastornos depresivos clínicamente diagnosticados en los padres y madres (depresión parental) se considera como el factor de riesgo más potente en relación con la aparición de la depresión infantil y adolescente (Del Barrio, 2000; Wagner, 2008), encontrándose que la depresión de la madre es la más asociada a la depresión de los hijos (Loeber, Hipwell, Battista, Sembower y Stouthamer-Loeber, 2009; Donatelli, Bybee y Buka, 2007; Monck, Graham, Richman y Dobbs, 1994; Tompson, Pierre, Boger, McKowen, Chan y Freed, 2010). Este aspecto puede interpretarse de dos formas, por un lado, que existe un fuerte componente genético que es transmitido al hijo, y por otro, que es a través del proceso de socialización que el carácter depresivo de los padres es imitado o aprendido.

Al respecto, los hallazgos de Kershner y Cohen (1992) y Murray, Kempton, Woolgar y Hooper (1993) muestran que las madres deprimidas restringen todo tipo de refuerzos, brindan menos atención, menos actividades lúdicas, menos interacción verbal, menos muestras de cariño y una menor comunicación con los hijos en todos los sentidos. Por otra parte, este tipo de madres proporciona menos apoyo social, puesto que son ellas mismas las que lo necesitan (Garber, Braafladt y Zeman, 1991).

Además, incrementan la probabilidad de aparición de situaciones estresantes, tanto porque su conducta produce ya un estrés familiar como por su incapacidad para la solución de problemas (Adrian y Hammen, 1993). Finalmente, al parecer, una madre deprimida eleva la probabilidad de aparición de acontecimientos vitales indeseables (Goodyer, Cooper, Vize y Ashby, 1993) ya sea que los produzca realmente o que su apreciación de acontecimientos neutros sea peyorativa.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 35

En lo concerniente a acontecimientos indeseables, se ha encontrado relación entre adolescentes con trastorno depresivo mayor y sucesos estresantes dependientes (Williamson, Birmaher, Anderson, Al-Shabbout y Ryan, 1995), es decir, eventos en los cuales el adolescente ha estado implicado en su ocurrencia, por ejemplo, aumento en el número de discusiones con los padres, romper con la novia, embarazos no deseados o suspender una asignatura. La capacidad de afrontamiento del adolescente ante estos sucesos es mayor al tener una red de apoyo familiar sólida, muchos adolescentes atribuyen sus malestares (incluyendo la depresión) a sus padres o al contexto familiar en el que viven (Kimmel y Weiner, 1998; Plunkett, Henry, Robinson, Behnke y Falcon, 2007; Rice, 2000).

Lo importante de este apoyo familiar es que el adolescente lo perciba como tal (Ahmed, Minnaert, Werf y Kuyper, 2010; Chen, Johnston, Sheeber y Leve, 2009) siendo un sentimiento que se gesta desde la relación de apego que el hijo tenga con sus padres, particularmente con la madre. La ausencia de este vínculo afectivo se relaciona directamente con retraimiento, inseguridad, inestabilidad emocional y depresión propiamente dicha (Ainsworth, Bell y Stayton, 1971; Liu, 2006; Takeuchi, Miyaoka, Tomoda, Suzuki, Liu y Kitamura, 2010).

Hay estudios experimentales que muestran cómo las madres pueden inducir en sus hijos conductas depresivas manteniéndose en silencio y con cara inexpresiva ante los intentos de comunicación del hijo (Tronick, Als y Adamson, 1978), evidenciando la enorme importancia que tiene la respuesta materna y su nivel de expresión en las emociones de los hijos. La ruptura de este vínculo de apego es lo que desencadena en

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 36

los niños lo que el famoso psicoanalista infantil René Spitz denominó depresión anaclítica (Spitz, 1965/1998).

Una forma patológica de relación padres-hijos es el abuso infantil, en la que también se da por supuesto una ausencia de apego. Esta patología produce diferentes tipos de alteraciones, fundamentalmente agresividad, pero también puede provocar la aparición de depresión. Kashani y Carlson (1987) encontraron en una muestra de preadolescentes deprimidos que todos ellos habían padecido abusos o habían sido descuidados severamente, circunstancias que sólo se producían en un 22% de los no deprimidos.

Otro factor que se ha asociado al apareamiento de la depresión en niños y adolescentes es el divorcio de los padres (Peterson y Zill, 1986; Quinton , Rutter y Gulliver, 1990; Chen y otros, 1995), descubriéndose que son unas determinadas circunstancias de la ruptura -y no la ruptura misma- las que se convierten en factor de riesgo, por ejemplo los cambios, las malas relaciones paternas, la pérdida de contacto con uno de los padres y el descenso de nivel económico (Bernstein y Brochardt, 1996; Pons y Del Barrio, 1993; Pons y Del Barrio, 1995; Steinhausen y Reitzle, 1996). La situación de divorcio parece afectar más a las chicas que a los chicos, sobre todo en el caso de que la madre vuelva a contraer matrimonio (Rodgers, 1994).

En definitiva, hay unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre malas relaciones padres-hijos y depresión adolescente, se ha estimado que las malas relaciones familiares aparecían en un 15% de sujetos normales y en un 51% de los deprimidos (Aseltine, Gore y Colten, 1994).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 37

Empero, los orígenes de estas malas relaciones paterno-filiales son de naturaleza plural, a veces la génesis está en que los padres no saben controlar sus sentimientos negativos y los dirigen a sus hijos (O'Donnell, Moreau, Cardemil y Pollastri, 2010; Poznaski y Zrull, 1970); en otras ocasiones el desencadenante de las malas relaciones son las excesivas expectativas de los padres, que someten a sus hijos a una presión inadecuada (Stark, 1990), de modo que comparan sus logros con lo que se pretende de ellos y entran en un proceso de deterioro de la autoestima que les lleva a la depresión.

Además habría que añadir las actitudes coercitivas o indiferentes, pero esto ya forma parte de los estilos de socialización parental que constituyen el núcleo de esta investigación, por lo que se abordarán estos aspectos en un apartado posterior.

1.2.2 ANSIEDAD ADOLESCENTE

1.2.2.1 Descripción, clasificación y definición

1.2.2.2 Causas

1.2.2.3 Ansiedad adolescente y familia

1.2.3 CO-MORBILIDAD ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ADOLESCENTE

1.2.2 ANSIEDAD ADOLESCENTE.

La ansiedad es posiblemente la manifestación psicopatológica internalizante más común en la adolescencia, en esta etapa del ciclo vital es frecuente que se presente sintomatología ansiosa por múltiples razones, sobresaliendo entre ellas las que están estrechamente vinculadas a situaciones sociales.

Empero, hay que tomar en cuenta que cierto nivel de ansiedad en un adolescente puede considerarse normal (Graham, 2004; Echeburúa y De Corral, 2009), el cambio que supone pasar de niño a adolescente es muy grande y el paso de adolescente a persona adulta quizá lo sea todavía más; en este sentido, Doménech-Llaberia (2005a) señala que la ansiedad de los adolescentes españoles es particularmente alta en la adolescencia tardía, hacia el final de la etapa, ya que convertirse en persona adulta con todas las implicaciones que conlleva es, ciertamente, un reto desde el punto de vista biopsicosocial.

1.2.2.1 Descripción, clasificación y definición.

El término ansiedad se deriva de la raíz indogermánica *angh*, que significa “malestar, estrechez o constricción” (Toledo, Ferrero y Barreto, 2000). Esta raíz es la misma del término angustia, de ahí su uso como sinónimo de ansiedad por muchos colegas; sin embargo, la posterior influencia latina separó la *anxietas* del *angor*, refiriéndose la primera a un malestar anímico o del espíritu y la segunda a la constricción epigástrica con dificultades respiratorias e inquietud (Ibíd.).

En el DSM-IV-TR (APA, 2002) los trastornos de ansiedad incluyen las crisis de angustia como un diagnóstico específico, además de otros trastornos tales como:

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 40

ansiedad generalizada, agorafobia, fobia específica, obsesivo compulsivo, estrés postraumático y estrés agudo, entre otros. Todos ellos se caracterizan por el malestar, desasosiego y aceleración que siempre les acompaña en mayor o menor grado y de una u otra forma.

Anteriormente, la Asociación Americana de Psiquiatría (1983, 1988), a través de sus manuales DSM-III y DSM-III-R, establecía una categoría diagnóstica de ansiedad exclusiva para la adolescencia, era el “trastorno por ansiedad excesiva”; ahora, éste trastorno se diagnostica a partir de los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. Esta antigua categoría diagnóstica era muy clarificadora y útil para la comprensión de la sintomatología ansiosa del adolescente, ya que se diagnosticaba sobre la base de tres componentes: a) preocupaciones generalizadas y excesivas acerca de cada aspecto de la vida, b) preocupaciones excesivas acerca de la competencia y aceptación sociales, y c) manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad.

A partir de mi experiencia en el trabajo con adolescentes, los tres elementos descritos resumen precisamente los ejes bajo los cuales se orienta la ansiedad adolescente, es una pena que la clasificación americana actual excluya un diagnóstico de ansiedad para los adolescentes. Como señalan asertivamente Toledo y cols. (2000): “estas discrepancias acerca de lo que constituye un sistema diagnóstico óptimo de psicopatología en la infancia y la adolescencia [...] impide en gran medida el progreso en la investigación y conocimiento de los trastornos de ansiedad en esta población” (p. 190 y 191).

Como referente teórico, el planteamiento de Lang (1968, 1985) es el que mejor se adecua a las características de la ansiedad adolescente. Este autor es el creador de la

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 41

Teoría Tridimensional de la Ansiedad, la cual establece que la ansiedad es un fenómeno complejo de tres componentes, a saber cognitivo, fisiológico y motor, que están ligados a situaciones específicas y definidas. El elemento cognitivo involucra pensamientos displacenteros de tensión y aprehensión; el fisiológico, se caracteriza por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo; y el motor, implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

Este abordaje es holístico e integrador y nos facilita elaborar un concepto de ansiedad para nuestro estudio, la cual definiremos como *una respuesta o patrón de respuestas de aspectos cognitivos, fisiológicos y motores caracterizados por un estado de sobresalto, excitación, aceleración y temor a que ocurra algo*. El patrón de respuestas de ansiedad puede ser generado tanto por estímulos externos como internos (pensamientos, ideas, etc.), que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes (Ferdinand, Dieleman, Ormel y Verhulst, 2007; Rodríguez Sacristán, 1998).

1.2.2.2 Causas.

Si consideramos que la ansiedad es de naturaleza anticipatoria (Sandín, 1997), el temor al fracaso, a hacer el ridículo ante otros, a las relaciones con el otro sexo, a no ser aceptado por el grupo, a las burlas, a las relaciones sexuales coitales, etc. serán motivos suficientes para desencadenar algún tipo de ansiedad, miedo o fobia. Debido a que esta ansiedad de tipo social es altamente frecuente, sólo se diagnostica como trastorno cuando la alteración supone una interferencia en la vida del adolescente, o le cause un malestar intenso y duradero clínicamente significativo (Toledo y cols., 2000).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 42

Además de variables psicosociales también se habla de aspectos biológicos propios de la adolescencia como posible causa de ansiedad. Se ha descubierto que los cambios hormonales y la maduración temprana o tardía asociada con el desarrollo sexual pueden influir en la aparición de trastornos de ansiedad (Clark, Smith, Neighbors, Skerlec y Randall, 1994). Hayward, Killer y Taylor (1989) sostienen que los síntomas de ansiedad a menudo aumentan durante el desarrollo de la adolescencia, ya que encontraron que a mayor madurez física en la adolescencia mayor número de ataques de pánico en las chicas.

Al igual que los hallazgos sobre depresión adolescente, las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad que los varones, así lo evidencian investigaciones realizadas en adolescentes africanos, americanos y asiáticos (Adewuya, Ola y Adewumi, 2007; Li, Ang, y Lee, 2008)

Determinadas características de personalidad también se han asociado a síntomas de ansiedad en adultos, en niños y adolescentes hay pocos estudios debido a la noción de que la personalidad no está completamente formada sino hasta los 18 años (Coleman y Hendry, 2003); sin embargo, en un estudio realizado por Richman, Sallee y Folley (1991) se encontró que los niños con trastornos de ansiedad eran significativamente más neuróticos y más introvertidos que los del grupo control, por lo que, siguiendo a Eysenck (1967), la combinación de alto neuroticismo y baja extraversión contribuiría al desarrollo de respuestas excesivamente condicionadas vinculadas con ansiedad, lo cual indica la presencia de un sistema nervioso altamente reactivo y una marcada excitación cortical como factores responsables de la adquisición de dichas respuestas excesivamente condicionadas (Gray, 1970).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 43

Esto apoyaría el consenso general que existe en la actualidad acerca del importante papel que tiene la biología en la determinación de la personalidad y de la vulnerabilidad al desarrollo de psicopatología (Davison y Neale, 2005; Rosenbluth, Kennedy y Bagby, 2007). Y muy ligado a la biología está el elemento genético hereditario, que también está relacionado a trastornos de ansiedad (Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1992; Torgersen, 1993). Al respecto, hay que tomar en cuenta que lo que se hereda es una tendencia general, como por ejemplo la reactividad emocional o la responsividad conductual ante un estímulo (Gray, 1985).

Otro tipo de argumentación ampliamente aceptada y difundida como factor explicativo de ansiedad proviene de las teorías cognitivo-conductuales. Desde las teorías conductuales, se sostiene que la ansiedad es un mecanismo aprendido, y para explicarlo se recurre al modelo de condicionamiento clásico, operante, vicario y a la teoría de los dos factores de Mowrer, entre otros (Echeburúa, 1996; Echeburúa y De Corral, 2009); y desde los modelos cognitivos el supuesto básico es que niños y adolescentes con temor o ansiedad excesiva tienen dificultad para controlar la presencia de cogniciones negativas, siendo generalmente irracionales y catastróficas (Martin, Kubzansky, Le Winn, Lipsitt, Satz y Buka, 2007; Rodríguez De Kissack y Martínez, 2002).

Un elemento relacionado que se ha investigado es el referente a los factores que afectan al procesamiento de la información, se ha demostrado que adultos y adolescentes ansiosos prestan atención desproporcionada a estímulos emocionalmente amenazantes, comparada con la atención que prestan a estímulos neutrales (Mc Lead y Mathews, 1988; Vasey, Deleiden, Williams y Brown, 1995). No se sabe con exactitud si

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 44

este sesgo atencional es el responsable de la ansiedad o es un resultado de la misma, pero en cualquier caso se reconoce que puede ser un mecanismo poderoso para mantener o intensificar la ansiedad cuando ella está presente.

Finalmente, se destaca la presencia de acontecimientos vitales estresantes y las respuestas y dinámicas parentales y familiares como generadores de ansiedad en la infancia y adolescencia. Entre las experiencias vitales estresantes se encuentran las enfermedades e intervenciones quirúrgicas, la muerte de amigos o parientes, las dificultades escolares, los ataques o experiencias sexuales, los accidentes y las situaciones de peligro imaginarios o situaciones de desastre o grave emergencia social (Mychailyszyn, Méndez y Kendall, 2010; Rodríguez-Sacristán, 1998). Los aspectos familiares se abordarán en el siguiente apartado.

Por ahora, es necesario señalar que el trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes es más frecuente de lo que se cree. En países como Estados Unidos, Last (1993) encontró que el 52% de los niños y adolescentes que fueron remitidos a una clínica debido a sintomatología ansiosa cumplían los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En España, los trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia constituyen una de las categorías diagnósticas con mayores tasas de prevalencia (Caballo y Simón, 2000; Bragado y cols. 1996; Bragado, Carrasco, Sánchez, Bersabé, Loriga y Monsalve, 1995), señalándose como factores de riesgo aspectos tales como trastornos mentales de los padres, estilos educativos, problemas evolutivos tempranos (Taboada, Ezpeleta y de la Osa, 1998) y otros de los ya descritos.

1.2.2.3 Ansiedad adolescente y familia.

Se han hecho muy pocos estudios explícitos (en comparación con otras patologías) sobre el ambiente familiar de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, la mayoría de las investigaciones se centran en los aspectos familiares como la relación marital y problemas externalizantes en los hijos, más que en patologías internalizantes (Dadds y Powell, 1991; Taboada y otros, 1998).

A pesar de ello, al igual que lo apuntado en relación a la depresión, la ansiedad adolescente parece ser una psicopatología que se configura en el seno familiar (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, 1991; Rutter, Macdonald, Le Couteur, Harrington, Bolton y Baily, 1990; Zlomke y Young, 2009), y es que aunque la adolescencia -tal y como se ha señalado antes- es un período en sí mismo proclive a la vivencia de temores, miedos y ansiedades, el entorno familiar juega un papel importante en la exacerbación y el mantenimiento de estos síntomas (Elizabeth, King, Ollendick, Gullone, Tonge, Watson y Macdermott, 2006); además de las características disfuncionales propias de algunas familias que producen una enorme cantidad de trastornos en los hijos.

Aún no es posible determinar el grado en que dicha incidencia familiar es resultado de la genética o de las influencias ambientales (Thapar y McGuffin, 1995), lo más probable es que sea resultado de una combinación de ambos elementos, los estudios lo apoyan.

Desde lo genético, la presencia de depresión y ansiedad en los padres es una variable que se considera como factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos en los hijos (Krohne y Hock, 1991; Nocon, Wittchen, Beesdo, Brückl, Hofler, Pfister, Zimmermann y Lieb, 2008; Turner, Beidel y Costello, 1987; Warner, Mufson y

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 46

Weissman, 1995); de igual forma, la presencia de otras psicopatologías en los padres tales como alcoholismo y somatizaciones también están vinculadas (Gotlib y Avison, 1993; López, Mullins, Wolfe-Christensen y Bourdeau, 2008; Messer y Beidel, 1994).

En cuanto a lo ambiental, se sabe que un niño puede aprender a ser ansioso a partir de sus padres, ya que estos pueden crear entornos favorecedores de ello, por ejemplo exponiéndolo frecuentemente a acontecimientos generadores de tensión, o a través de la observación de los estilos de afrontamiento por parte de adultos que manifiestan ansiedad ante estas experiencias (Ollendick y King, 1991; Rappe, 2009; Sineiro García y Paz Míguez, 2007).

Borkovec (1994) plantea que el que unas personas se preocupen más y desarrollen trastornos de ansiedad se debe a diferencias individuales en la percepción de la amenaza que conduce a la preocupación crónica, y explica estas diferencias individuales por dos vías: por una historia de sucesos traumáticos y por relaciones afectivas tempranas, en las cuales la familia es fundamental.

Al respecto, se sabe que muchos pacientes con trastorno de ansiedad generalizada suelen referir haber padecido experiencias tempranas que sugieren un apego inseguro con sus madres, en concreto experiencias de rechazo, inseguridad o miedo a perder a la madre (Phillips, Hammen, Brennan, Najman, y Bor, 2005; Sandín, 1997). En esta vía, Bowlby (1973) sostiene que la angustia y la ansiedad se origina en una desregulación del proceso de vinculación. Esta vinculación es un apego relacional madre-bebé, de índole emocional y cognitiva a través de diversas vías de contacto y comunicación no verbales y de patrones de interacción y respuesta, y la rotura de esta

vinculación origina ansiedad. Hay estudios recientes que apoyan esta hipótesis (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006; Rygaard, 2008).

En la misma vía de influencia materna, Ezpeleta (2005) compila una serie de conductas desadaptativas de la madre que están asociadas a trastornos psiquiátricos en los hijos incluyendo la ansiedad, entre ellas están: afecto materno escaso, escasa comunicación con el hijo, uso de la culpa para controlar el hijo, normas incoherentes y posesividad. Claro está que los factores de riesgo parentales relacionados con ansiedad y psicopatología de los hijos en general no son únicamente maternos, investigadores como Johnson, Cohen, Kasen, Smailes y Brook (2001) hablan de conductas desadaptativas paternas, sin embargo, la mayoría de las investigaciones se han centrado mayoritariamente en la madre.

Uno de los elementos familiares señalados constantemente por los autores como facilitador de ansiedad en los adolescentes es el estilo de socialización parental, que constituye el epicentro de esta investigación. Dicho estilo conlleva errores en la crianza y en la educación, y éstos, junto a los problemas conyugales paternos y la influencia genética son los factores de riesgo familiares más grandes que existen para la gestación y mantenimiento de trastornos de ansiedad (Beardslee, Versage y Gladstone, 1998; Foa y Wasmer, 2006).

1.2.3 CO-MORBILIDAD ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ADOLESCENTE.

Diversos estudios han demostrado que durante la adolescencia, la depresión y la ansiedad tienden a darse de forma conjunta (Anderson y Hope, 2008; Brady y Kendall, 1992; Chavira, Stein, Bailey y Stein, 2004; Hirshfeld-Becker, Micco, Henin,

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 48

Bloomfield, Biederman y Rosenbaum, 2008; Hunter, Higginson y Garralda, 1996; Starr y Davila, 2008). Sandín (1997) sostiene que esta co-ocurrencia puede ser real o no porque se utilizan cuestionarios o escalas con síntomas solapados, lo que denomina co-ocurrencia metodológica. Esta lleva a su vez a la co-morbilidad diagnóstica, es decir, que se diagnostique en una misma persona trastorno de depresión y ansiedad. Empero, es sumamente difícil realizar un diagnóstico diferencial entre ambos trastornos, sobre todo cuando se trata de determinar cual es el trastorno principal y cual el secundario; por este motivo, en su décima edición, la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10) incluye un Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992).

A pesar de todo, los trastornos de ansiedad y depresión son claramente diferenciables a nivel sindrómico, además, generalmente uno de los trastornos ha precedido al otro en el tiempo, siendo frecuentemente el trastorno de ansiedad el que precede al depresivo, más que lo contrario (Brady y Kendall, 1992). Con todo, es posible diferenciar entre tres tipos de pacientes: los primariamente ansiosos, los primariamente depresivos y los que reúnen los criterios para el diagnóstico primario de ansiedad y depresión simultáneamente (Sandín, 1997).

Watson y Tellegen (1985) propusieron que la depresión y la ansiedad forman parte de un concepto más general que está a la base, al que denominan afectividad negativa. Sostienen que el afecto está constituido por dos dimensiones básicas e independientes: el afecto positivo y el afecto negativo. El primero indica la medida en que una persona se siente activa, entusiasta, alerta, con energía y participación gratificante; el segundo, implica un factor de distrés, con predominio de sentimientos

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 49

tales como disgusto, ira, culpa, miedo, nerviosismo e insatisfacción. Para estos autores, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos comparten la afectividad negativa.

Por otro lado, ansiedad y depresión también poseen aspectos distintivos, la hiperactivación fisiológica es específica de la ansiedad, y la anhedonia (bajo afecto positivo que se manifiesta predominantemente en la incapacidad de sentir placer) es propia de la depresión (Sandín y Chorot, 1995). Se encuentran otras diferencias en cuanto al tipo de procesamiento cognitivo, la depresión implica evaluaciones negativas de la información de tipo global, absoluta y orientada hacia el pasado, incluyendo pensamientos y sentimientos de pérdida y fracaso; en cambio la ansiedad, se relaciona con temas de amenaza personal de tipo físico o psicológico, con evaluaciones negativas que son específicas, inseguras y orientadas hacia el futuro, implicando pensamientos de amenaza y peligro (Marcelli y cols., 1992; Sandín, 1997).

A partir de lo expuesto, es posible afirmar que ambas patologías están presentes en el día a día de muchos adolescentes, variando su nivel de incidencia y la extensión de sus efectos a diversas áreas de la vida, incapacitando la actividad funcional normal en los casos más graves. Cabe destacar que la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, en adultos y adolescentes, puede presentarse junto a otros trastornos de mayor gravedad, por ejemplo en algunos trastornos de personalidad y en cuadros psicóticos, pero dichas patologías no forman parte del objeto de estudio de esta investigación.

1.2.4 CONDUCTA DISOCIAL ADOLESCENTE

1.2.4.1 Descripción, clasificación y definición

1.2.4.2 Causas

1.2.4.3 Conducta disocial adolescente y familia

1.2.4 CONDUCTA DISOCIAL ADOLESCENTE.

La conducta disocial o antisocial es la psicopatología adolescente que más ha preocupado a la sociedad española y a la comunidad científica en general en el siglo XXI. En este período se ha visto un “boom” de publicaciones ligadas al tema, desde las más científicas hasta las más divulgativas (Casciari, 2006; Chartier y Chartier, 2001; Fernández Millán y Buela-Casal, 2004; Prado y Amaya, 2005; Peralbo, 2009); todas tratando de interpretar, de comprender y de darle sentido al fenómeno de agresividad y violencia adolescente que parece traspasar el límite de normalidad y tolerancia. El comportamiento socialmente inaceptable parece estar de moda en casa, en la escuela, y en cualquier espacio público; de modo que, términos como “hijo tirano” (Naouri, 2005), “pequeño dictador” (Urra, 2006) o “emperador” (Garrido Genovés, 2005) son cada vez más comunes, sin embargo, es importante distinguir la conducta patológica adolescente de la simplemente desagradable.

1.2.4.1 Descripción, clasificación y definición.

En psicopatología adolescente se habla de trastorno disocial, el cual viene a ser la patología adolescente externalizante por excelencia, y, por ser su sintomatología de manifestación externa, es que resulta bastante claro que algo anda mal en la persona que lo posee. Al respecto, es importante señalar que la conducta disocial en general suele ser particularmente perjudicial para las personas que rodean al adolescente que presenta la sintomatología, incluso algunas veces más que para el adolescente mismo. Por ejemplo, los padres se quejan poco del joven que se encierra en su cuarto, que casi no habla y que

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 52

parece no dar problemas, pero nunca es así cuando el malestar adolescente es expresado hacia el exterior, hacia la familia, la escuela o la comunidad.

Ahora bien, la complejidad y heterogeneidad de las conductas destructivas, negativas y antisociales ha dado lugar a una serie de términos para nombrar, categorizar y clasificar este tipo de trastornos, tales como conducta destructiva, desafiante, opositora, antisocial, infracontrol, disocial o delictiva (Hinshaw, Lahey y Hart, 1993). Esto ha generado algunas confusiones, ya que de algún modo cada concepto enfatiza un aspecto de la conducta descrita o procede de áreas del conocimiento distintas a la psicología, como en el caso del término delictivo que procede del área jurídica. En este sentido, a pesar de que actualmente hay una comprensión muy grande de la categoría, hay un esfuerzo siempre constante por refinar y crear subcategorías de este tipo de conductas que permitan diferenciar y utilizar un lenguaje común para describirlas (Wicks-Nelson e Israel, 2000).

Hasta antes de la aparición del DSM-IV (APA, 1994), en psicopatología se hablaba de trastorno de conducta o de trastorno de conducta antisocial, pero luego, se cambió por trastorno disocial. De igual modo, la CIE-10 también utiliza en su taxonomía la categoría de trastornos disociales (OMS, 1992).

El trastorno disocial es aquel “caracterizado por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto” (APA, 2002, p. 107); es decir, que la esencia del trastorno estriba en la conducta que viola o altera las normas. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales,

destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves provocaciones, desafíos y desobediencias graves y persistentes (OMS, 1992).

Más específicamente, el trastorno disocial contiene una serie de subcategorías o tipos que varían dependiendo del momento de inicio (según el DSM-IV-TR) o del contexto y situación en el que se exprese (según la CIE-10), pero centrarnos en estos aspectos de diferencias y subcategorías excede el alcance y objetivo de esta investigación, ya que lo que se persigue es comprender el posible vínculo entre el espectro disocial y los estilos de socialización parental, no esclarecer o ahondar sobre los matices diagnósticos.

Así que, para este fin, en adelante se hablará de conducta disocial para referirnos al espectro de trastornos disociales, incluyendo por supuesto el trastorno negativista desafiante que señala el DSM-IV-TR (APA, 2002) porque, como apunta el mismo manual “todas las características del trastorno negativista desafiante suelen estar presentes en el trastorno disocial” (APA, 2002, p. 117).

1.2.4.2 Causas.

Las teorías explicativas que aportan argumentos sobre las causas de la conducta disocial son muchas y ampliamente heterogéneas, y, en lo único que parece haber acuerdo es en la ausencia de un solo factor común explicativo-causal (Franco y Angustias, 2004; Kazdin y Buéla-Casal, 2002; Koch y Gross, 2002; Navas Collado y Muñoz García, 2005; Rutter, Giller y Hagell, 2000; Van der Laan, Veenstra, Bogaerts, Verhulst y Ormel, 2010).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 54

Investigadores como Rutter, Giller y Hagell (2000) dividen los aspectos que explican la conducta disocial en rasgos individuales y rasgos psicosociales. Entre los primeros mencionan rasgos temperamentales, deficiencias cognitivas (en especial de las capacidades verbales y planificadoras), un estilo distorsionado de procesamiento de la información social, aspectos genético-hereditarios y mediadores biológicos tales como la constitución física, la capacidad de reacción autónoma y el metabolismo de la serotonina. Como rasgos psicosociales destacan las influencias familiares, los grupos de coetáneos que no sólo modelan la conducta sino que exigen una reputación social que adquirir y mantener (Light y Dishion, 2007; Moreno Ruiz, Estévez López, Murgui Pérez y Musito Ochoa, 2009) y la pobreza o situación social desfavorecida.

Por otro lado, Muñoz García y Navas Collado (2004) a partir de sus investigaciones han elaborado una exhaustiva síntesis de las teorías explicativas psicosociales, clasificándolas en: teorías de la socialización deficiente (que incluye teorías ecológicas y teorías del aprendizaje), teorías de la estructura social defectuosa y teorías integradoras. Luego, Navas Collado y Muñoz García (2005) han incorporado a su taxonomía las teorías psicobiológicas, aunque con especial énfasis para explicar conductas delictivas.

Desde el psicoanálisis, los argumentos van en otro sentido. Para este enfoque, la adolescencia es un período de duelos que, por sí mismo, va a producir desequilibrios en el aparato psíquico mientras se recupera de ellos, y pueden verse acrecentados por aspectos contextuales y relacionales, enfrentándolos de modo disfuncional o patológico. Una manifestación de este afrontamiento anómalo es la conducta disocial (Blos, 2003; Carvajal, 1994).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 55

Siempre en esta vía psicoanalítica, Aberastury y Knobel (1998) señalan que existen factores de la esfera individual que condicionan que un problema de conducta, en principio esperable en un adolescente, se transforme en un trastorno que requiere atención psicoterapéutica. Estos factores pueden ser de diversa índole, que van desde el estilo de apego en la infancia hasta las formas de introyección e incorporación de las figuras de autoridad. Y efectivamente, a la base de la conducta disocial pareciera que existe una percepción de falta de autoridad o un intento de transgredir o sobrepasar aquello que la representa.

Por otro lado, desde una perspectiva social, una argumentación de la conducta disocial en la actualidad que merece especial atención, es la concerniente a las diferencias generacionales. Prado y Amaya (2005) identifican tres generaciones distintas, cuyas diferencias están determinadas por la situación económica, política, social y tecnológica propia de cada período. Así, hablan de la generación silenciosa, la de los “baby boomers” o padres obedientes y la generación de hijos tiranos.

Le llaman generación silenciosa a los nacidos entre 1935 y 1950, y son aquellas personas que aprendieron a ahorrar con base en su trabajo, a ser empleados obedientes y a aceptar una disciplina estricta. Las relaciones laborales y familiares estaban basadas en la disciplina, formalidad y obediencia, “los hijos obedecían y respetaban no sólo a sus padres sino también a sus abuelos y tíos” (Prado y Amaya, 2005, p. 16).

Los “baby boomers” son las personas nacidas entre 1951 y 1984. Crecieron en una época de rebeldía y desafío a la autoridad, entre el Rock and Roll y la televisión; en una etapa de grandes transiciones sociales como la liberación femenina, y el inicio del acceso a la tecnología y la información de la mayoría de la población. Estas personas

que actualmente son padres se les denomina generación de padres obedientes (Prado y Amaya, 2005).

Luego, desde 1985 inició el nacimiento de la generación de hijos tiranos (cuyos padres son los obedientes). Estos niños están creciendo en hogares donde ambos padres trabajan, o no cuentan con una estructura familiar nuclear tradicional sino que tienen padres solteros, divorciados, separados, etc. En esta generación los hijos esperan ser guiados, pero no supervisados y menos ser obligados a obedecer; desarrollan una actitud de mínimo esfuerzo frente a lo irrelevante y a todo aquello que no les produce placer o no es divertido. Esta generación se ha transformado “pasando de una tendencia pragmática a una totalmente hedonista que busca el placer y la comodidad” (Prado y Amaya, 2005, p. 18). Pues bien, estos hijos tiranos son claramente disociales, la tiranía para con los padres lo evidencia, no obedecen, ni respetan las reglas ni la autoridad.

En síntesis, esta teoría de las diferencias generacionales atribuiría las causas de la actual conducta disocial adolescente a las características del período socio-histórico que estamos viviendo. En sí misma no parece una teoría descabellada, además cuenta con mucho apoyo, hay una gran cantidad de autores que sostienen que el período de la sociedad occidental actual posee, entre otras características, las mencionadas por Prado y Amaya en lo que a los hijos y sus padres respecta (Beck-Gernsheim, 2003; De las Heras, 2005; Elzo, 2004; Jiménez Godoy, 2005; Naouri, 2005; Rojas, 1998; Urra, 2006).

Todas estas teorías reflejan la multicausalidad y complejidad de la conducta disocial, y, ciertamente, hay teorías con más respaldo y con mayores avances en la investigación, pero no ha sido posible desechar o eliminar alguna de ellas. La visión

actual de la psicología en general y de la psicopatología en particular prioriza justamente lo contrario, a saber, integrar el cuerpo teórico que proporciona sentido a un determinado fenómeno o hecho psicológico.

Pero, con el fin de dirigir y delimitar el marco teórico de la conducta disocial hacia los objetivos de esta investigación, se abordará a continuación la relación que, desde una perspectiva teórica, existe entre la familia y los hijos que presentan conducta disocial.

1.2.4.3 Conducta disocial adolescente y familia.

Implícitamente ya se ha señalado en párrafos anteriores la vinculación entre familia y conducta disocial adolescente, la teoría de las diferencias generacionales es un ejemplo de ello: si los hijos de hoy son tiranos y disociales es porque la estructura familiar, caracterizada por padres obedientes, lo facilita.

Nuevamente se dejarán de lado, por el momento, los aspectos relacionados con estilos de crianza y socialización familiar porque se abordarán más adelante en el apartado correspondiente a dichos estilos. Aquí, lo importante es presentar un breve recorrido de los aspectos familiares en general, que se consideran relevantes para la gestación, desarrollo y mantenimiento de la conducta disocial.

Y es que el entorno familiar puede ser la esfera y el ámbito principal en el que se adquiera la conducta disocial, hay datos y evidencia empírica que apuntan hacia ello (Blitstein, Murray, Lytle, Birnbaum y Perry, 2005; Fleming, Catalano, Haggerty y Abbott, 2010; Jiménez, Estévez, Musito y Murgui, 2007; Kazdin, 1985; Mosquera, 2007; Pardini y Loeber, 2007; Rutter y Giller, 1984; West, 1982), inclusive se ha

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 58

estudiado la estabilidad de los comportamientos agresivos y antisociales a través de diferentes generaciones familiares y se ha descubierto que permanecen por varias de ellas (Glueck y Glueck, 1968; Huesmann, Eron, Lefkowitz y Walder, 1984; Thornberry, Freeman-Gallant y Lovegrove, 2009).

Entre los numerosos factores familiares que están implicados se encuentran el tamaño de la familia, las desavenencias matrimoniales, hogares desechos y monoparentales, padres adolescentes, psicopatología paterna y la base genética (Frick, 1994; Hetherington y Martin, 1986; Kazdin y Buela-Casal, 2002; Patterson, Reid y Dishion, 1992; Rutter y otros, 2000). Veamos en detalle cada uno de estos aspectos.

El tamaño de la familia es un aspecto ligado con la conducta disocial adolescente por muchos motivos. Comenzando porque la adolescencia es un período de moratoria social que requiere intimidad (Erikson, 2000), situación que se vuelve difícil cuando hay muchas personas en casa; luego, el hacinamiento en sí mismo favorece los conflictos interpersonales y la agresividad. La psicología social ha estudiado ampliamente este fenómeno (Baron y Byrn, 1998; Martín-Baró, 1983).

Por otro lado, las familias numerosas se han asociado a una disciplina y supervisión de los hijos menos adecuadas, en consecuencia, los procesos causales inmediatos podrían hallarse en las dificultades de crianza en vez del gran tamaño familiar como tal (Rutter y otros, 2000); sin embargo, el elemento primario facilitador de una crianza deficiente es el número de miembros que componen el núcleo familiar.

También se habla del “efecto contagio” entre hermanos, el cual se ha descubierto en estudios de conducta delictiva como los de Offord (1982). Este encontró que el riesgo de delincuencia iba asociado al número de hermanos de la familia, por lo que se

puede deducir que hay un efecto fraterno como parte de la explicación. Evidentemente, dicho efecto fraterno se vería incrementado en la medida en que sean más hermanos los que componen un grupo familiar.

En cuanto a las desavenencias matrimoniales, se ha citado con frecuencia la existencia de conflictos conyugales en los hogares de delincuentes o con hijos que presentan trastornos disociales, y, al parecer, es este conflicto conyugal el que ejerce una influencia central en esta relación (Amato y Keith, 1991; García-Medina y Armas Vargas, 2008; Kazdin, 1985); además se ha encontrado que esta asociación es más frecuente en niños que en niñas (Emery, 1982).

Este vínculo no resulta novedoso, se podría esperar que los padres que tienen conflictos matrimoniales se agreden mutuamente de alguna forma, ya sea verbal, física o incluso a través de la indiferencia; por lo tanto, los hijos captan y perciben estas agresiones que poco a poco van incorporando a su repertorio conductual, siendo los varones -por influencia cultural- los más proclives a ello.

Luego, existe también un efecto opuesto, el comportamiento conflictivo de los hijos puede contribuir a las desavenencias matrimoniales (Wicks-Nelson e Israel, 2000), por lo que tendríamos una relación dialéctica entre ambos fenómenos que se autorrefuerzan y se constituyen mutuamente al interior del núcleo familiar.

Los hogares rotos y los divorcios son otros factores que favorecen las conductas disociales en los hijos adolescentes. Este fenómeno y sus implicaciones parentales se han estudiado muchísimo (Brodkin, 2005; Cantón Duarte, Cortés Arboleda y Justicia Díaz, 2002; Kapinus, 2004; Poussin y Martin, 2005) y se sabe que favorece la adquisición y desarrollo de distintas patologías en los hijos, sobre todo cuando hay

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 60

predisposición (biológica o psicosocial) o existen otros factores de riesgo potenciales (Coleman y Hendry, 2003; Larrea, 2005), y la conducta disocial es una de ellas.

Con el divorcio, la situación del niño o adolescente puede volverse más estresante que con las desavenencias y conflictos matrimoniales que suelen antecederle, entre otras cosas porque se añade la incertidumbre con respecto al futuro, por ejemplo con quién de los progenitores vivirá; por otra parte, surge una desorganización (o se incrementa) en las prácticas de crianza, hay una reelaboración de roles y aspectos como la autoridad pueden volverse difusos o ambiguos (Hetherington, Stanley-Hagan y Anderson, 1989), con lo que, la conducta disocial de los hijos puede ser uno de los productos.

Por otro lado, hay otro factor de gran importancia: el de padres adolescentes. Este se refiere a aquellos progenitores que se convierten en tales siendo aun adolescentes, y ha sido el estudio de Conseur, Rivara, Barnoski y Emanuel (1997) sobre conducta antisocial y delictiva el que ha contribuido a colocarlo en la mesa de discusión. Estos investigadores descubrieron que el haber nacido de madre menor de dieciocho años iba asociado a un aumento de más del triple en el riesgo de llegar a ser un infractor crónico, siendo nuevamente los varones los que constituían el grupo de mayor riesgo.

Este hallazgo junto a otros relacionados (Carothers, Borkowski y Whitman, 2006; Dahinten, Shapka y Willms, 2007; Lounds, Borkowski, y Whitman, 2006) permite afirmar que nacer de un progenitor adolescente es un buen indicador de un mayor riesgo de conducta antisocial, lo que aun no está muy claro es el mecanismo de riesgo que está a la base de esta asociación. Al respecto, Rutter y otros (2000) sostienen

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 61

que esta relación podría reflejar únicamente las características de las mujeres que se convierten en madres adolescentes, las cuales por su condición de adolescentes no están preparadas para ejecutar una buena crianza.

La psicopatología paterna y la base genética también son aspectos que se consideran vinculados a la conducta disocial adolescente. En cuanto a la psicopatología de los padres, se ha descubierto como muy asociada la conducta disocial paterna, el alcoholismo, los trastornos de personalidad antisocial que padecen los padres (Marcos, 2005; Wicks-Nelson e Israel, 2000) y la depresión de la madre durante el embarazo (Hay, Pawlby, Waters, Perra y Sharp, 2010). En principio, estos trastornos favorecen prácticas de crianza paternas nocivas tales como el poco nivel de compromiso, poca supervisión o el extremo opuesto, es decir, exceso de autoridad con conductas agresivas y violentas para con los hijos (Capaldi y Patterson, 1991), además de la influencia genética.

Pero son los estudios con gemelos monocigóticos los que han servido para demostrar el papel de la influencia genética, estos hallazgos evidencian mayor concordancia de la delincuencia y la conducta disocial entre los monocigóticos que entre los dicigóticos, sin embargo, se presupone que los ambientes de los dos tipos son iguales, lo cual no siempre es así. Los factores ambientales pueden ser más similares para los monocigóticos que para los dicigóticos (Kazdin y Buela-Casal, 2002).

En este sentido, tal vez sean los estudios sobre adopciones los que separen mejor las influencias ambientales y genéticas debido a que el niño es separado de sus padres biológicos al nacer. Estas investigaciones muestran que la conducta disocial y delictiva

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 62

de los hijos es más probable cuando el pariente biológico ha presentado tal conducta (Cadoret, 1978; Gomà, 1987).

Todos estos factores reflejan que el entorno familiar en el que el niño (y luego adolescente) nace y se desarrolla es muy importante como factor predictivo de la conducta disocial. Situación similar se ha presentado antes al referirnos a la depresión y a la ansiedad adolescente porque son muchos los factores familiares implicados en estas patologías.

En el siguiente apartado se abordarán las funciones familiares en la adolescencia y específicamente los estilos de socialización parental y su relación con las patologías adolescentes, pretendiendo respaldar teóricamente nuestro estudio a partir de la presentación de argumentos que posibiliten la comprensión entre ese vínculo tan importante para todos los seres humanos, a saber, padres e hijos.

1.3 FAMILIA Y ADOLESCENCIA

1.3.1 FUNCIÓN DE LA FAMILIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR DEL ADOLESCENTE

1.3.1.1 Familia y bienestar-malestar adolescente

1.3.2 ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL EN LA ADOLESCENCIA

1.3.2.1 Definición y clarificación conceptual

1.3.2.2 Tipologías familiares y de estilos de socialización parental

1.3 FAMILIA Y ADOLESCENCIA.

En párrafos anteriores se ha venido señalando la importancia de la familia en la generación, desarrollo y/o mantenimiento de la depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente, ahora se pretende profundizar y dedicar un espacio explícito a la reflexión de la dinámica familiar y su relevancia para la salud de los adolescentes.

Abordar el tema de la familia en relación con la adolescencia siempre resulta complejo, gran parte del malestar o bienestar del adolescente está condicionado por el entorno familiar del cual forma parte, por la dinámica y funcionamiento de su mundo de relaciones familiares, en la que sus otros significativos (Mead, 1972) dictan y configuran en su esencia los parámetros bajo los cuales debe conducirse.

1.3.1 FUNCIÓN DE LA FAMILIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR DEL ADOLESCENTE.

Mucho se ha investigado sobre la importancia de las funciones que la familia realiza en el ser humano, hasta el punto de considerarse que sin una familia o grupo de pertenencia la persona no podría configurarse como tal (Martín-Baró, 1983; Millán y Serrano, 2002). En este sentido, y a partir de una serie de estudios transculturales, se considera que la familia cumple dos funciones básicas: el desarrollo personal de los hijos y la socialización (Gimeno, 1999).

La familia constituye el entorno inmediato en donde tiene lugar el desarrollo de la personalidad individual y, por tanto, debe ejercer una función facilitadora de ese desarrollo, a este hecho se le denomina proceso de individuación.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 65

La individuación hace referencia a un proceso de desarrollo del self, de la propia identidad como persona diferenciada de los otros (Shapiro, 1990), y es un fenómeno que surge de una situación relacional ya que la persona se define siempre a sí misma por referencia de otros.

Una persona diferenciada es capaz de un funcionamiento óptimo entre otros significativos, asume su propia responsabilidad ante los demás sin sentirse controlada ni perjudicada por ellos; además es un recurso personal en momentos de estrés o de angustia que depende en gran medida del nivel conseguido en la familia de origen. En consecuencia, la individuación se opone a la fusión, que es a su vez generadora de triángulos perversos, lo cual constituye un tipo de vinculación frecuente en las familias patológicas (Ríos, 2003).

Por otro lado, la socialización hace referencia a los procesos psicosociales por los cuales un individuo se configura como miembro de una sociedad (Martín-Baró, 1983), implica la interiorización de pautas de su entorno sociocultural, integrándose y convirtiéndose en un miembro de la sociedad. Este proceso es resultado, ante todo, de la labor familiar (Bylund, Baxter, Imes y Wolf, 2010).

La familia no es el único agente de socialización, también socializan la escuela, los amigos, la comunidad y hasta los medios de comunicación (Kagelmann y Wenninger, 1986); sin embargo, la familia es la que influye en la socialización de modo directo -aunque a veces sea de forma espontánea y no intencional- actuando a la vez como filtro de los otros agentes socializadores. La familia es la que desarrolla en la persona un sistema de valores, actitudes y creencias referidos a los aspectos más

importantes de la vida, además de contribuir decisivamente a crear un modo de percibir la realidad física y social y un modo de percibirse a sí misma.

De ahí la importancia de los estilos de socialización parental, éstos son los modos concretos de llevar a cabo esta función socializadora de los padres para con los hijos, afectando también el proceso de individuación del que se ha hablado antes.

Cuando los hijos llegan a la adolescencia las funciones y la estructura familiar se ven modificadas por este nuevo período, comenzando porque el adolescente vive más hacia fuera que hacia dentro de la vida familiar, lo que implica introducir cambios para lograr acuerdos entre padres e hijos que posibiliten la sana convivencia y el desarrollo de la autonomía personal en los adolescentes. La función de individuación y socialización ya están prácticamente solventadas, en consecuencia, el adolescente buscará reafirmar su identidad hacia el exterior más que al interior de la familia.

En este sentido, las funciones parentales deben ser ajustadas revisando los valores predominantes y reestructurando de manera equilibrada el mantenimiento de las reglas en casa. Algunas de las funciones a modificar son las concernientes a la autoridad, la disciplina, el estilo educativo, el estilo de vida familiar y la comunicación familiar (Ríos, 2005).

De especial interés son los aspectos de autoridad y disciplina porque los modelos excesivamente rígidos chocarán con la necesidad de libertad e independencia del adolescente; además éste va a buscar con ahínco la vida extrafamiliar por lo que será necesario para los padres estar preparados con altas dosis de paciencia y comprensión para que no se rompa el equilibrio emocional por ambas partes.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 67

Este equilibrio parentofamiliar también puede alterarse por el exceso de flexibilidad y permisividad para con los hijos, la necesidad de autonomía adolescente no significa eliminar la autoridad ni adoptar una actitud indulgente, los efectos de ello son negativos para el adolescente, para la familia y para la sociedad en general (Naouri, 2008; Schlessinger, 2009), de ahí que la apuesta actual educativa se decante por la estimulación (Goldberg, 2008), por el vínculo relacional (Faure, 2007) y por una autoridad razonada combinada con el respeto y el afecto hacia los hijos (Barocio, 2008; Barudy y Dantagnan, 2010).

La ambigüedad, los mensajes contrapuestos y las diferentes expectativas de parte del adulto hacia los adolescentes también dificultan su proceso de autonomía (Coleman y Hendry, 2003), lo cual se hace evidente cuando muchos padres tratan al adolescente como a un niño en un momento dado y como a un adulto en otro. Estos y otros aspectos determinarán en gran parte el tipo de “crisis adolescente”, con la presencia de patologías o como un período transicional saludable de crecimiento hacia la madurez. Por ello, la comunicación también evidenciará cambios, los padres deben fortalecer la expresión verbal directa y con mensajes claros (Castellón, 2009; Flores Vela, 2000).

Como los adolescentes están muy orientados hacia la vida fuera de la familia, aspectos estructurales como la cohesión familiar se modifican. Al respecto, parafraseando a Ríos (2005), lo importante no es mantener a la familia “junta”, sino “unida”. Esto no implica que al adolescente no le importe su familia, simplemente está cumpliendo con su rol evolutivo que lo empuja hacia la emancipación propia de la adultez.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 68

Algunos autores sostienen que, precisamente, las mayores dificultades relacionales entre padres e hijos adolescentes y su consecuente gestación de psicopatologías son ocasionadas por esta búsqueda de emancipación (Krauskopf, 2002). Los cambios evolutivos a nivel físico, social y cognitivo propios de la adolescencia les hacen sentirse cualificados para dirigir sus propias vidas y merecedores de que los traten como adultos, ésta es la búsqueda de autonomía, la cual podemos entender como la libertad de decidir por sí mismos sobre cómo pensar, sentir y actuar (Kimmel y Weiner, 1998; Méndez Carrillo, Orgilés Amorós y Espada Sánchez, 2010).

Pocas cosas provocan tanto resentimiento, rabia y humillación en los adolescentes como la minimización de su madurez o la limitación de su libertad, y esto es justamente lo que hacen muchos padres. En su afán por mantener la autoridad y el poder sobre sus hijos se vuelven autoritarios, imponiéndoles sus decisiones sin diálogo, ni negociación; por el contrario, otros padres parecen dejar abandonados a sus hijos adolescentes brindándoles completa libertad y responsabilidad sobre sus vidas cuando aún no son capaces de ello. Esta situación nos hace pensar que la clave está en el equilibrio, en la renegociación de la interdependencia entre padres e hijos.

Paikoff y Brooks-Gunn (1991) señalan que la aparición de la autonomía no significa que los adolescentes lleguen a ser totalmente libres e independientes de sus padres, ya que a pesar de que los adolescentes hagan rápidos progresos en la consolidación de su personalidad su autonomía es relativa, no absoluta, es decir, se vuelven más independientes que cuando eran niños, pero no de una forma completa. De ahí que el rol paterno siempre sea de gran importancia, sólo que enfatizando elementos distintos a los que tenía cuando sus hijos aún eran niños.

1.3.1.1 Familia y bienestar - malestar adolescente.

Hay que recordar que la familia es un sistema social, una estructura holística constituida por partes interrelacionadas, cada una de las cuales afecta y se ve afectada por las otras partes, y a su vez, cada una contribuye al funcionamiento del todo (Musitu, Buelga y Lila, 1994; Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001; Shaffer, 2002), por consiguiente, el padre, la madre, el hijo adolescente y los hermanos colaboran para el sostenimiento de su familia, con sus roles (muchas veces poco definidos) y sus formas de convivencia. En este sentido, la dinámica familiar constituye el escenario potenciador de bienestar o malestar al interior de la misma, depende de ella, de su estructura y funciones (como se ha señalado antes), de su cohesión y de los roles asumidos por sus miembros.

La presencia de problemas emocionales y psicopatologías en los hijos (niños y adolescentes) suele atribuirse y explicarse fundamentalmente por la interacción familiar (Dwairy, Achoui, Filus, Rezvan nia, Casullo y Vohra, 2010; Gaertner, Fite y Colder, 2010; Hoefnagels, Meesters y Simenon, 2007; Ruano y Serrá, 2001; Windle, Brenner, Cuccaro, Dittus, Kanouse, Murray, Wallander y Schuster, 2010), a sabiendas de que también existen factores genéticos, biológicos y la influencia de otros determinantes ambientales que inciden en ello, pero, en esencia, la “vacuna” contra el desequilibrio psíquico suele ser proporcionada por el entorno familiar.

Generalmente, los malestares en casa de los adolescentes se remiten a la disparidad de percepciones sobre aspectos que para ellos son muy importantes, tales como ejercer el control y autonomía sobre sus propias vidas. La lucha por dicho control suele ser el detonante del deterioro en las relaciones con los padres.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 70

Diversos investigadores (De la Cierva y Díaz Aguado, 2008; Hall, 1987; Laursen, 1995; Leslie, Huston y Johnson, 1986; Noble, Adams y Openshaws, 1989; Urra, 2009) han identificado focos de conflicto entre padres e hijos adolescentes, los cuales se resumen en los siguientes: a) *estudios*, en aspectos tales como calificaciones y rendimiento, hábitos de estudio, asistencia regular a clases y conducta en el instituto; b) *responsabilidad*, en cuanto al uso del teléfono, la limpieza y orden de la habitación, la paga y las compras que realice; c) *vida y costumbres sociales*, tales como la elección de amigos y de pareja, a dónde se les permite ir, hora de volver a casa, la forma de vestirse, el estilo del peinado y la música que escucha; y d) *valores y actitud general hacia los miembros de la familia*, como por ejemplo beber, fumar y consumir drogas, la conducta sexual, acudir a eventos religiosos, actitud hacia los hermanos y el nivel de respeto manifestado hacia los padres.

Hasta cierto punto, determinadas dosis de conflictos entre padres e hijos adolescentes son consideradas normales e incluso deseables, la ausencia de ellos puede interpretarse como señal de permisividad e indiferencia paterna o adolescentes temerosos de expresar sus puntos de vista (Laursen, 1995; Laursen y Collins, 1994; Miranda y Pérez, 2005); sin embargo, altos niveles de conflictividad y la permanencia prolongada de ellos pueden generar un grave impacto en la salud física y mental de todos los miembros de la familia, siendo los hijos los más vulnerables.

Por otro lado, la familia también incide en el mantenimiento de la salud física de los adolescentes, ya desde hace años Weakland (1977) descubrió la importancia de las interacciones familiares en el origen y en el curso de las enfermedades orgánicas. Desde una perspectiva psicofisiológica, se hace referencia a los factores familiares

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 71

relacionados con el estrés, bajo el supuesto de que los estresores que ocurren en una familia afectan al estado emocional de los miembros, lo que da lugar a cambios que predisponen a la enfermedad (Ell y Northen, 1990, Ramsey, 1989). Además, el papel de la familia en la respuesta de afrontamiento es importante (De Nicolás Martínez, 1998), el afrontamiento es una capacidad que implica modos de reacción y patrones conductuales que son adoptados y desarrollados en el contexto familiar a través de las relaciones.

Desde el punto de vista conductual se hace referencia a las prácticas de salud, comportamientos tales como las dietas, el ejercicio, el fumar y el consumo de alcohol son en gran parte aprendidos y mantenidos dentro de la familia (Campbell y Treat, 1990), llevándose a cabo consciente o inconscientemente a través de la transmisión de actitudes y valores.

Cuando la enfermedad ya ha hecho acto de presencia, aspectos como la adherencia a los tratamientos médicos cobran relevancia. Diversos estudios destacan la importancia de la familia en el seguimiento de regímenes médicos, cambios en el estilo de vida y participación en programas de rehabilitación (Baranowsky y Nader, 1985; Hanson, Henggeler y Burghen, 1987; Orgilés Amorós, Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2003), siendo justamente los niños y adolescentes los más propensos a rebelarse a este tipo de medidas. Esto implica una mayor atención y control de parte de los padres para con sus hijos enfermos, la negligencia y la indiferencia paterna constituyen factores de riesgo para no seguir las indicaciones médicas.

En cuanto a la salud mental, la familia también adquiere protagonismo en la prevalencia adolescente. Su papel se ha estudiado en relación a la esquizofrenia

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 72

(Campbel, 1986; Zurk y Boszormenyi Nagy, 1985), alcoholismo (Jacob, Seilhamer y Rushe, 1989; Ruiz Carrasco, Lozano San Martín y Polaino, 1994; Spoth, Redmond y Lepper, 1999), abuso de drogas (Rees y Wilborn, 1983; Vielva, Pantoja y Abeijón, 2001), anorexia nerviosa (Espina Eizaguirre, 1998; Shisslak, McKeon y Crago, 1990; Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991), trastornos del estado de ánimo (Hoberman, 1989) intentos de suicidio (Doménech-Llaberia, 2005b) y un sinfín de patologías más. Todo ello añadido a la depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente y su vinculación con la familia, temas desarrollados ampliamente en apartados previos, quedando clara la importancia del rol familiar como agente de salud-enfermedad adolescente.

Asimismo, la familia puede ser también un importante factor protector para el desarrollo de psicopatologías adolescentes (Vaughan, Foshee y Ennett, 2010), desde la psicología de la salud se enfatiza éste papel familiar como promotor de salud y como prevención de la enfermedad adolescente (Buendía, 1999). Y es que la familia debiera ser uno de los principales recursos con los que debiera contar el adolescente, en la mayoría de casos ciertamente es así, pero en otros el mayor o único apoyo social con el que cuentan son los amigos y coetáneos, siendo una continuación del deterioro relacional y afectivo entre padres e hijos que se ha desarrollado desde etapas previas.

Posiblemente en los tiempos actuales el apoyo psicosocial que la familia otorga a sus miembros sea menor, múltiples autores hablan de transformaciones que incluyen un nuevo modelo social con predominio de nuevos valores que se traducen a su vez en nuevos comportamientos (De Jong, Basso y Paira, 2001; Domingo Moratalla, 2006; Elzo, 2004; Rodríguez, 2001). Estos cambios nos sitúan ante adolescentes que conviven

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 73

en entornos familiares que en algunos aspectos son diferentes a las familias de décadas previas, el contexto familiar de los adolescentes de hoy en día es completamente diferente al que tenían sus propios padres y abuelos; pero, los cambios actuales no sólo incluyen formas familiares (familias monoparentales, reconstituidas, con padres separados, etc.) sino también valores y normas de comportamiento que contrastan con los de hace algunas décadas. Para autoras como Inés Alberdi (1999) esta es la principal diferencia entre las familias actuales y las de generaciones pasadas.

Musitu y otros (2001) resumen los factores actuales de cambio del contexto familiar en los siguientes elementos: a) transformación de los procesos de formación de la familia; b) transformación en los procesos de disolución de la familia, incluyendo el incremento de divorcios y separaciones; c) diversidad de formas familiares; d) prolongación de la permanencia de los hijos en el hogar paterno; y e) incorporación de la mujer al mercado laboral. Los hijos no son inmunes a esta cantidad de transformaciones, al ser parte del sistema familiar ellos también las sufren, así que, desde esta perspectiva, se puede afirmar que también hay una transformación en el modo de ser hijo.

La vía directa de influencia parental es a través de la socialización, éste es el mecanismo que favorece la transformación psicológica del adolescente en un adulto socialmente productivo y con bienestar, de ahí el interés de la presente investigación por estudiarla y conocer su relación con la depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente. Se da paso, pues, al abordaje de los estilos de socialización parental y la importancia de éstos en los hijos adolescentes.

1.3.2 ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL EN LA ADOLESCENCIA.

La socialización parental, aquella que incumbe a padres e hijos, se desarrolla como una función psicológica, como función de interrelación entre sus miembros y como función básica de la organización social. A partir de ella se prepara la incorporación de los nuevos miembros a la sociedad, el niño que en décadas posteriores será productivo económicamente y un hombre de bien, o por el contrario, el vago y delincuente inicuo al que habrá que temer y reformar.

La socialización parental varía según la cultura y el contexto socio-histórico concreto, éstos determinan el rango de oportunidades y establecen los límites de lo que es deseable socialmente, constituyéndose idealmente en parámetro normativo y regulador de convivencia social en función de un bienestar común. El resultado es la interiorización, cuando los niños toman los valores y las actitudes de la sociedad como propios.

1.3.2.1 Definición y clarificación conceptual.

La palabra estilo hace referencia a modo, manera o forma, la cual, en unión con socialización parental, induce a pensar que hay diferentes maneras de llevar a cabo el proceso de socialización por parte de los padres para con sus hijos. Y efectivamente, las pautas de comportamiento que los padres tienen con sus hijos en las diferentes situaciones varían de familia a familia; más aún, en una misma familia muchas veces hay diferencias considerables en ambos progenitores en cuanto al modo de educar a los hijos. Este es precisamente un elemento importante a considerar en el estudio, razón por la cual se ha medido el estilo de socialización paterno independientemente del materno.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 75

Pues bien, lo que permite definir los estilos de socialización parental es la “persistencia de ciertos patrones de actuación y las consecuencias que esos patrones tienen para la propia relación paterno-filial y para los miembros implicados” (Musitu y García, 2001, p. 10), es decir, que hay una constancia en el modo de actuar de los padres que produce los mismos resultados en los hijos y en las relaciones familiares en general.

Esto no quiere decir que no pueden haber cambios parentales en la manera de actuación con los hijos, de hecho, las etapas del ciclo vital familiar favorecen dichos cambios; sin embargo, se parte del hecho de que hay un modo relativamente permanente de favorecer los procesos psicosociales por los que el individuo se configura como persona y como miembro de una sociedad.

Atendiendo a este argumento y retomando los elementos antes descritos concernientes a la adolescencia y al constructo de socialización, se definen los estilos de socialización parental como *la forma característica que tienen los padres de ayudar a los hijos a configurar su identidad personal, así como a asimilar y adquirir los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales propios de la cultura y sociedad a la que se pertenece.*

Ahora bien, el término propuesto en el idioma original por Diana Baumrind (1967, 1971a) es “parenting style”. Las traducciones españolas lo denominan como estilos de socialización parental o estilos parentales de socialización, y las traducciones latinoamericanas (en concreto las realizadas en México) como estilos de crianza. Esto tomando como marco epistemológico de referencia a la psicología social y sus aportes a

la socialización, pero desde una perspectiva educativa y psicopedagógica se habla de “estilos pedagógicos familiares” o “estilos educativos de los padres”.

1.3.2.2 Tipologías Familiares y de Estilos de Socialización Parental.

Es interesante observar que las tipologías concernientes a la forma en que los padres educan a sus hijos han aumentado en los últimos años, esto posiblemente obedezca al hecho de que las taxonomías más conocidas sean insuficientes para explicar el fenómeno, o quizás, los cambios familiares que la sociedad occidental ha experimentado exijan formas teóricas distintas de describir, explicar y predecir lo que está sucediendo al interior de las familias.

Pero no sólo han variado las clasificaciones en cuanto a la forma de educar, sino que la definición de familia en sí misma y los tipos de familia que existen se han ido modificando e incrementando con el paso del tiempo, esto ha dado lugar a lo que algunos investigadores como Chedekel y O’Connell (2002) han denominado Modelos Familiares No Tradicionales.

Desde un punto de vista psicosociológico, la familia puede categorizarse según sus miembros en: extensa, troncal y nuclear; por el lugar de residencia en: patrilocal, matrilocal y neolocal; y, por la línea de ascendencia: patriarcal, matriarcal y abuncular (Musitu y Allat, 1994). Ahora bien, atendiendo a los cambios histórico-contextuales antes señalados algunas de las variantes familiares apuntadas por diversos autores son: familias reconstituídas o simultáneas, familias polinucleares o multiparentales, familias monoparentales y familias homosexuales, entre otras (Alberdi, 1999; Chedekel y O’Connell, 2002; Quintero, 1997; Valdivia Sánchez, 2004).

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 77

En cuanto a la naturaleza de la interacción al interior de la familia, Elzo (2004) hace una propuesta interesante de tipología familiar española, la cual está determinada por las relaciones internas entre padres e hijos y por los valores finalistas de los padres, habla de familia familista-endogámica, familia conflictiva, familia nominal y familia adaptativa.

Luego, existen clasificaciones concretas sobre estilos de socialización parental, una de ellas es la propuesta por Nardone, Giannotti y Rocchi (2003). Estos autores crean su tipología sobre la base de la comunicación entre padres e hijos, sostienen que las organizaciones familiares se definen por sus reglas (sintaxis), por los significados que surgen de su aplicación (semántica) y por las acciones y comportamientos que los significados originan (pragmática). Estos aspectos les lleva a formular los siguientes modelos: modelo hiperprotector, modelo democrático-permisivo, modelo sacrificante, modelo intermitente, modelo delegante y modelo autoritario.

Por otro lado, desde un marco teórico psicopedagógico, Valdivia (2003) establece diferentes estilos educativos familiares, los cuales están determinados fundamentalmente por dos dimensiones del comportamiento: la afectiva-valorativa y la directiva-no directiva. Estas dimensiones le llevan a plantear la existencia de cinco estilos educativos negativos y uno positivo. Los estilos educativos negativos son: moralizantes, indiferentes o excesivamente liberales, frustrantes o rechazantes, sobreprotectores y los estilos educativos inconsecuentes. El estilo educativo positivo es el democrático.

Sin embargo, la tipología más conocida, más completa y con mayor respaldo científico sobre los estilos parentales de socialización es la de Diana Baumrind.

Inicialmente, esta autora investigó algunas dimensiones básicas de interacción familiar apuntadas por diversos investigadores, luego desarrolló un modelo teórico descriptivo-explicativo de lo que sucede en la socialización de los hijos a partir de la influencia paterna.

Muchos de los hallazgos acerca de estas formas de socialización parental y sus efectos en los hijos, están organizados alrededor de dos dimensiones de conductas de los padres: amor-hostilidad y autonomía-control (Schaeffer, 1959), o calor-hostilidad y restricción-permisividad (Becker, 1964), o aceptación-implicación y coerción-imposición (Musito y García, 2001). Los nombres de estas dimensiones varían según los diferentes autores, pero en esencia se refieren a lo mismo. La aceptación-implicación se refiere a que los padres expresen reacciones de aprobación, afecto y calor emocional cuando los hijos actúan en consonancia con las normas familiares; y la coerción-imposición, se refiere a las formas y reacciones de los padres para disciplinar a los hijos cuando éstos se comportan de forma discrepante con las normas familiares (Musito y García, 2001).

A partir de éstas dimensiones, Baumrind (1967) estudió a 103 niños en edad preescolar procedentes de 95 familias para descubrir asociaciones entre la forma como los padres criaron a sus hijos y el nivel de competencia que alcanzaron los niños. Mediante entrevistas, pruebas y estudios en el hogar identificó a los niños que funcionaban en diferentes niveles y estableció tres categorías en el estilo de los padres: estilo autorizativo, estilo autoritario y estilo indulgente.

El *estilo autorizativo* lo ejercen aquellos padres que combinan un alto grado de control y coerción con aceptación, afecto y estímulo de la creciente autonomía de los

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 79

hijos. Estos padres ponen límites de conducta, pero también explican el razonamiento que hay detrás de estos límites; permiten la negociación verbal, siendo cálidos y apoyando a sus hijos. El *estilo autoritario* lo aplican padres cuyos valores primarios en la crianza de los hijos se basan en el control y la obediencia, son punitivos y exhortan a sus hijos a que los respeten; establecen límites y controles firmes, permitiendo muy poco el intercambio verbal. El *estilo indulgente* se caracteriza por las pocas o nulas restricciones puestas en la conducta de los hijos; los padres se encuentran muy involucrados con los hijos, con mucha aprobación y afecto, pero les imponen pocos límites en su comportamiento (Baumrind, 1967, 1968, 1971a, 1971b; Baumrind y Black, 1967).

Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) y Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch (1991) propusieron e investigaron un cuarto estilo, al que nombraron estilo negligente. Este *estilo negligente* es bajo en afecto y en coerción, son padres poco restrictivos y poco cariñosos que no se involucran en la vida de sus hijos; les permiten que se cuiden por sí mismos y que se responsabilicen de sus propias necesidades tanto físicas como psicológicas, otorgando demasiada responsabilidad e independencia, con marcada ausencia de límites. Más que enseñar responsabilidad, privan a sus hijos de necesidades psicológicas básicas como el afecto, el apoyo y la supervisión. Son prácticamente indiferentes (Craig, 1994; Maccoby y Martin, 1983; Musito y García, 2001). La tabla 1 resume las dimensiones a partir de las cuales se constituyen los estilos de socialización parental.

Tabla 1. Combinación de las dimensiones de conducta de los padres y los estilos resultantes.

Dimensiones	Alta Coerción-Imposición	Baja Coerción-Imposición
Alta Aceptación-Implicación	Autorizativo	Indulgente
Baja Aceptación-Implicación	Autoritario	Negligente

Se han realizado diversos estudios sobre los efectos de cada estilo de socialización en adolescentes (Baumrind, 1991; Grotevant y Cooper, 1985; Kurdek y Fine, 1994; Lamborn y cols. 1991), a partir de los cuales se ha encontrado lo siguiente: hijos adolescentes de padres autorizativos tienen altos logros académicos y educativos, elevada autoestima y madurez social; aquellos con padres autoritarios parecen menos ajustados, social y académicamente, que los compañeros expuestos a un estilo autorizativo. Los adolescentes con padres indulgentes evidencian poco autocontrol, bajo rendimiento académico y un uso más frecuente de drogas que sus iguales expuestos a estilos autorizativos y autoritarios; finalmente, los adolescentes con padres negligentes también muestran poco autocontrol, bajo rendimiento escolar, un alto consumo de drogas y son propensos a participar en actos delincuenciales. La mayoría de estudios sobre estilos de socialización parental y sus efectos en los hijos, se han realizado vinculando dichos estilos con logro escolar, académico y social (Sang, Daniels y Kissinger, 2006; Spera, 2006).

A pesar de que las tipologías sobre estilos parentales de socialización de Nardone, Giannotti y Rocchi (2003) y la de Valdivia (2003) son bastante recientes, aún

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 81

falta mayor investigación al respecto para conocer sus alcances y limitaciones, su relación con otras variables y las implicaciones concretas en el área salud-enfermedad adolescente. Por ello, en este estudio se toma como tipología básica de estilos de socialización parental la propuesta por Baumrind, ya que cuenta con una gran cantidad de estudios que consolidan la teoría.

1.4 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE Y ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL

1.4.1 Depresión, ansiedad, conducta disocial y estilos de socialización parental en la adolescencia

1.4 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE Y ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL.

1.4.1 Depresión, ansiedad, conducta disocial y estilos de socialización parental en la adolescencia.

No resulta extraño considerar que sintomatología depresiva, ansiosa y disocial en adolescentes posiblemente esté asociada a los estilos de socialización parental de los padres, entre otras cosas porque se sabe que los aspectos exógenos juegan un papel importante en la gestación de éstas patologías; incluso, si se considera que existen rasgos de personalidad susceptibles de desarrollar estas patologías, siempre es asequible atribuir parte de la responsabilidad a factores ambientales. El carácter como núcleo de la personalidad es formado a partir de influencias genéticas y del medio (Coon, 1999), y la manera en que la familia educa y socializa es, sin lugar a dudas, uno de los principales elementos medio-ambientales a tomar en cuenta.

Los progenitores de los hijos adolescentes son adultos de mediana edad, que tienen que hacer frente a las preocupaciones específicas de la mitad de la vida, de modo que no es el mejor momento para tratar a diario con personas jóvenes que están atravesando grandes cambios físicos, emocionales y sociales. Olson (1989) concluyó que la adolescencia es la etapa del ciclo vital familiar más estresante y una de las más bajas en cuanto a satisfacción marital y familiar se refiere. En la misma vía, Hernández Córdoba (1991) encontró que las familias con hijos adolescentes presentan el mayor promedio de tensiones intrafamiliares y económicas en comparación con el resto de etapas del ciclo vital familiar, lo cual apoya la tesis que sostiene que en este momento es cuando hay una cantidad mayor de dificultades para controlar a los adolescentes y

cuando aumentan las discusiones entre padres e hijos, asociados con su resistencia a participar en actividades de la familia y en tareas de casa (Braconnier, 2001; Lessard, Greenberger y Chuansheng 2010; Palmonari, 2003). El declive en la intimidad durante la adolescencia temprana también se vincula a perturbaciones temporales en las relaciones padres-hijos (Ruano y Serrá, 2001).

Estos hallazgos no deben servir para justificar prácticas socializadoras paternas perjudiciales para los adolescentes, se trata únicamente de comprender que en la adultez intermedia también hay que solventar crisis propias de ésta etapa de vida. Lo que sucede es un fenómeno de interacción dialéctica, en el sentido de que las crisis de los adolescentes inciden en las crisis de los padres y viceversa (Pardini, 2008); sin embargo, la puesta en marcha de los estilos de socialización parental utilizados por cada familia comienzan en la infancia, manteniéndose la mayoría de veces hasta la adolescencia. Sólo se evidencian cambios generales en las relaciones padres-hijos, en cuanto a que van pasando de una interacción más vertical a otra más horizontal (Craig, 1994; Kimmel y Weiner, 1998).

Existen relativamente pocos estudios que relacionen explícitamente los estilos de socialización parental con depresión, ansiedad y conducta disocial, algunos se han realizado con pacientes psiquiátricos hospitalizados encontrándose que el estilo permisivo está relacionado a la rehospitalización de niños y adolescentes, siendo la impaciencia al tratamiento psiquiátrico el factor mediador (Fite, Stoppelbein y Greening, 2009); pero tradicionalmente se han estudiado los estilos y su vinculación con logro académico, competencia educativa y social (Baumrind y Black, 1967; Lamborn y cols., 1991), así como con autoestima, autoconcepto y valores (Copersmith, 1968;

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 85

Martínez y García, 2007; Palacios, 1999). Recientemente, Diana Baumrind se ha interesado por el estudio de los estilos parentales vinculados al castigo en niños y a la autonomía adolescente (Baumrind, 1994; Baumrind, 2005; Baumrind, Larzerele y Cowan, 2002).

En lo concerniente a la depresión, se ha encontrado con mayor frecuencia la presencia de esta sintomatología en niños y adolescentes que proceden de familias con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo (Arieti y Bemporad, 1980; Beardslee, Versage y Gladstone, 1998; Dadds, Sanders, Morrison y Rebgetz, 1992; Del Barrio, 2000; Garrison, Schoenbach y Kaplan, 1985; Greenberger y Chen, 1996; Milevsky, Schlechter, Netter y Keehn, 2007).

Similares hallazgos arrojan los estudios realizados con pacientes depresivos jóvenes y adultos, éstos refieren unas pautas educativas en sus padres más negativas con menos afecto, más rechazo y más control/sobreprotección (Duggan, Sham, Minne, Lee y Murray, 1998; Gerlsma, Emmelkamp y Arrindel, 1990; Gotlib, Mount, Cordy y Whiffen, 1988; Lamon, Fischhoff y Gotlieb, 1976; Parker, 1983; Parker, Tuplin y Brown, 1979; Perris, Arrindell, Perris, Eisseman, Van der Ende y Von Knorring, 1986; Rojo, Livianos, Cervera y Domínguez, 1999; Sato, Sakado, Vehara, Narita, Hirano y Nishioka, 1998). Luego, Radziszewska, Richardson, Dent y Flay (1996) descubrieron que los síntomas depresivos en adolescentes están mayormente presentes en familias con padres negligentes, seguidos por aquellos con padres autoritarios.

Beck (1967) atribuyó el desarrollo de las cogniciones negativas –características de la depresión- a la influencia de padres críticos y desaprobadores; de igual forma, Peterson y Seligman (1984) señalan la relación existente entre las críticas recibidas

durante la infancia y las características depresivas en adolescentes, así como sentimientos de indefensión, baja autoestima y dependencia de los demás. Esto indica que la poca tolerancia y la ausencia de aceptación-implicación paterna es un elemento que facilita la génesis y desarrollo de la depresión en los hijos (Kessler y Magee, 1993).

También se ha descubierto que la incongruencia en cuanto a los estilos de socialización entre ambos progenitores puede influir en la aparición de síntomas depresivos en los hijos (Puig-Antich, Lukens y Davies, 1985). Posiblemente los padres que no logran ponerse de acuerdo en cuanto a la educación de los hijos tampoco lo estén en otras áreas importantes del subsistema conyugal y parental, dando lugar a discusiones, pleitos y conflictos que enturbian el clima familiar, estas desavenencias están asociadas a depresión en los hijos (Vazsonyi y Belliston, 2006).

En cuanto a la ansiedad, una de las primeras investigaciones que esbozan la relación entre los estilos de socialización y la ansiedad proceden justamente de Baumrind (1971a), encontrando que los preescolares con padres autoritarios eran ansiosos, introvertidos e infelices; luego, Lamborn y otros (1991) estudiaron la relación entre los estilos, la competencia y el ajuste psicosocial en la adolescencia, siendo un sub-factor de ajuste la presencia de síntomas psicológicos y somáticos (incluyendo angustia, ansiedad, tensión y depresión), cuyos resultados arrojaron que los adolescentes que describían a sus padres como autoritativos, reportaban menores síntomas en comparación con los adolescentes criados bajo los otros estilos.

Otros autores (Gerlsma y otros, 1990; Loeber y otros, 2009) consideran que un estilo de socialización parental sobreprotector y controlador mezclado con poco afecto y aceptación, puede producir una vulnerabilidad inespecífica hacia el desarrollo de

psicopatología internalizante en los hijos, en concreto, depresión y ansiedad, lo cual se ha denominado recientemente como Síndrome de Vulnerabilidad Infantil (Duncan y Caughy, 2009).

King, Mietz y Ollendick (1995) enfatizan las cogniciones en la generación de ansiedad y sostienen que éstas suelen ser aprendidas a partir de experiencias familiares tempranas, en donde la forma de ejercer el castigo y la autoridad por parte de los padres va a ser determinante.

Al respecto, se ha encontrado que la percepción por parte del adolescente de alto control parental está asociado a síntomas de ansiedad en los mismos (Loukas, 2009; Rekart, Mineka, Zinbarg y Griffith, 2007; Soenens, Vansteenkiste, Duriez y Goossens, 2006) y a sintomatología internalizante en general (Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Yahav, 2007).

Pero la sintomatología internalizante también se vincula a prácticas parentales permisivas. Rankin Williams, Degnan, Pérez-Edgar, Henderson, Rubin, Pine, Steinberg y Fox (2009) encontraron en niños de 4 años que el estilo indulgente está asociado a problemas internalizantes. La hipótesis que subyace a estos hallazgos es que el rechazo parental caracterizado por baja afectividad, propio de los estilos indulgente y negligente, se traduce en síntomas internalizantes en los hijos, principalmente ansiedad (Gruner, Muris y Merckelbach, 1999; McDonald, Bowker, Rubin, Laursen y Duchene, 2010) y depresión (Oliver y Whiffen, 2003).

Por otro lado, la conducta disocial adolescente en relación explícita a los estilos de socialización parental ha sido objeto de mayor estudio que la depresión y ansiedad

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 88

adolescente, al parecer la conducta patológica externalizante siempre genera mayor atención e interés que la internalizante.

Se sabe que el estilo de socialización parental es un importante factor de riesgo de conducta disocial adolescente (Farrington 1978, 1995a, 1995b; Gluek y Gluek, 1968; Gulbenkian Foundation, 1995; Kazdin, 1985; Kerr, Stattin y Burk, 2010; Trentacosta y Shaw, 2008; Wicks-Nelson e Israel, 2000), la cual se caracteriza principalmente por una marcada conducta violenta y agresiva.

Al respecto, Olweus (1998) plantea que existen tres factores familiares que pueden hacer aparecer y mantener las conductas violentas en los hijos: 1) actitud emotiva negativa de los padres, carente de afecto y dedicación, 2) permisividad de los padres o encargados del niño ante la conducta violenta, y 3) hábitos de afirmación de autoridad tales como el castigo físico y el maltrato emocional.

A un nivel más general, los principales riesgos de socialización parental son de dos tipos: los que se originan principalmente en lo que hacen las familias (malos tratos, crianza coercitiva, convertir al hijo en chivo expiatorio) y aquellos generados por lo que dejan de hacer (falta de supervisión, desatención o falta de relación íntima) (Burke, Pardini y Loeber, 2008; Dishion y Patterson, 1997; Farrington, 1986; Reiss y otros, 1995; Rutter, 1994; Rutter y otros, 2000, Walton y Flouri, 2010). El primero de estos riesgos hace referencia a un estilo de socialización autoritario y el segundo a un estilo indulgente y negligente.

En este sentido, las investigaciones no asocian un único estilo de socialización parental a la conducta disocial adolescente. Algunos estudios relacionan la crianza coercitiva, hostil, crítica y excesivamente severa con la conducta disocial de los hijos y

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 89

con psicopatología externalizante (Becker, Peterson, Luria, Shoemaker y Hellmer, 1962; Bronte-Tinkew, Moore y Carrano, 2006; Castro, de Pablo, Toro y Valdés, 1999; Erath, El-Sheik y Mark Cummings, 2009; Farrington, 1978; Hoffman, 1975; Kazdin, 1985; Lewis, Mallouh y Webb, 1989; Loeber y Stouthamer-Loeber, 1986; Matthews, Woodall, Kenyon y Jacob, 1996; McCord, 1991, Sampson y Laub, 1993; Varma, 2005; Vieno, Nation, Pastore y Santinello, 2009) inclusive hasta en tres generaciones (Bailey, Hill, Oesterle y Hawkins, 2009), y otros a la atención parental deficiente e inconsistente, el descuido físico y emocional por parte de los padres, la falta de supervisión y la inconsistencia o ausencia de reglas (Boswell, 1995; Hinshaw y Anderson, 1996; Kendall-Tackett, Meyer Williams y Finkelhor, 1993; Lewis y otros, 1989; Trickett y McBride-Chang, 1995; Widom 1989, 1997; Wilson, 1980). Este último aspecto –de falta de supervisión y desatención parental- se ha relacionado inclusive con un ulterior riesgo de delincuencia (Varma, 2005).

Algunas investigaciones vinculan directamente la conducta disocial de los hijos al estilo de socialización parental permisivo (Schaffer, Clark y Jeglic, 2009), algunos de ellos enfatizando el papel de la madre (Combs-Ronto, Olson, Lukenheimer y Sameroff, 2009; Loeber y otros, 2009; Schaffer y otros, 2009).

También hay estudios que sostienen que la conducta disocial y la violencia adolescente está predominantemente vinculada a una combinación de disciplina relajada y poco exigente, con actitudes hostiles, frías y rechazantes por parte de ambos padres (Deklyen, Biernbrum, Speltz y Greenberg, 1998; Del Barrio Gándara, Carrasco Ortiz, Rodríguez Serrano y Gordillo, 2009; Dodge, Pettit y Bates, 1994; Gauthier, 2003;

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 90

Weiss, Dodge, Bates y Pettit, 1992; Lykken, 2000), es decir, el estilo de socialización parental negligente.

Un planteamiento muy aceptado y difundido por la comunidad científica es la Teoría de la Coerción de Patterson (1982). Esta teoría sostiene que las interacciones coercitivas paternas tienen funciones que sirven para crear y exacerbar los problemas de carácter disocial en los hijos. Patterson, DeBaryshe y Ramsey (1989) plantean que los padres de niños antisociales raramente concluyen sus amenazas o reprimendas, algo de lo que el niño se da cuenta rápidamente. Esta dificultad de gobierno familiar conduce a una interacción crecientemente coercitiva en la familia (Patterson y otros, 1992).

De modo que los padres de niños y adolescentes con conducta disocial no consiguen apoyar sus órdenes cuando el niño desobedece, y fracasan en recompensar la obediencia cuando ésta ocurre (Wicks-Nelson e Israel, 2000). El seguimiento de la conducta del niño por parte de los padres es igualmente importante de cara al desarrollo y mantenimiento del comportamiento disocial. En esta vía, Patterson y otros (1989) encontraron que la cantidad de tiempo que el niño permanece sin supervisión aumenta con la edad, y que esta cantidad de tiempo sin supervisión correlaciona positivamente con el comportamiento antisocial.

Otros investigadores han realizado estudios comparativos con poblaciones clínicas (padres que presentan psicopatología neurótica) y no clínicas, y han encontrado diferencias en el número de órdenes que dan los padres y en la forma y tipo de órdenes que utilizan. Los padres de los niños pertenecientes a poblaciones clínicas dan más órdenes, hacen más preguntas y más críticas, y cuando dan órdenes lo hacen de manera airada, humillante y regañona (Delfini, Bernal y Rosen, 1976; Forehand, King, Peed y

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 91

Yoder, 1975; Lobitz y Johnson, 1975). Se ha demostrado que dichos comportamientos de los padres están asociados con conductas desviadas por parte de los niños (Griest, Forehand, Wells y McMahon, 1980).

La incongruencia de los padres es otro factor que influye en la agresividad de los hijos. Esta se manifiesta de dos formas: 1) cuando ambos padres desapruaban la agresión y, al ocurrir, la castigan con su propia agresión física o amenazan al niño o adolescente (Roldán Franco, 2004), 2) cuando padre y madre ejercen su propio estilo de crianza distinto al del otro progenitor. Lamentablemente hay muy pocos estudios sobre este aspecto.

El que la conducta disocial se asocie a diferentes estilos de socialización parental hace pensar que es un fenómeno vinculado a una multiplicidad de factores (internos y externos) más allá de las formas de crianza, quizás algunos de ellos constituyan factores de riesgo que ejercen una mayor influencia sobre la conducta disocial adolescente.

En esta línea, Olweus (1980) estudió los factores familiares y temperamentales en relación con el desarrollo de la agresividad en los hijos. Comprobó que las variables de actitud negativa materna y de rechazo hacia el hijo, la permisividad y actitud de tolerancia hacia las agresiones sin límites claros (también de la madre) junto con la utilización de métodos de imposición de poder por parte del padre como de la madre, contribuían -además de las características temperamentales del hijo- a una elevada agresividad. Las dos primeras, es decir, la actitud de rechazo junto con permisividad y falta de límites eran las que más contribuían a la agresividad en los hijos, más incluso que el temperamento.

CAPÍTULO PRIMERO – MARCO TEÓRICO 92

Ahora bien, a modo de conclusión de este apartado y a partir de los antecedentes apuntados, se puede afirmar que los estilos de socialización parental negligente y autoritario son los más asociados a sintomatología depresiva y ansiosa, el indulgente y autoritario a conductas disociales y, el autoritativo, es el estilo de mayor apoyo para el sano desarrollo psicosocial de los hijos. Sin embargo, sería ingenuo pensar que los hijos con padres autoritativos están exentos de desarrollar depresión, ansiedad, conducta disocial u otra patología, la presencia de éstas son atribuidas y explicadas por la combinación de diversos factores, desde lo genético-constitucional hasta aspectos contingenciales o adaptativos en un momento y contexto concreto, muchas veces ajenos a la influencia paterna.

CAPÍTULO SEGUNDO

PROBLEMA, OBJETIVOS, VARIABLES E HIPÓTESIS

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo general

2.2.2 Objetivos específicos

2.3 VARIABLES

2.4 HIPÓTESIS

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A partir de los hallazgos y de la literatura revisada sobre el tema, surge el interés por dilucidar y ampliar la investigación con el fin de enriquecer el bagaje científico, promover una labor educativa preventiva y pautas de intervención eficaces a las crisis adolescentes.

Es así como se plantea el siguiente problema:

¿Existe relación entre los estilos de socialización parental y la psicopatología adolescente?

2.2 OBJETIVOS.

Los objetivos de la investigación son los siguientes:

2.2.1 Objetivo general:

Determinar si hay relación entre los estilos de socialización parental y la psicopatología adolescente.

2.2.2 Objetivos específicos:

a) Conocer cuál es el estilo de socialización de los padres que está más vinculado a la depresión en los adolescentes.

b) Determinar cuál es el estilo de socialización de las madres más relacionado a la depresión en los adolescentes.

CAPÍTULO SEGUNDO – PROBLEMA, OBJETIVOS, VARIABLES E HIPÓTESIS 95

c) Establecer cuál es el estilo de socialización de los padres que está mayoritariamente asociado a la ansiedad en los adolescentes.

d) Conocer cuál es el estilo de socialización de las madres que está más vinculado a la ansiedad en los adolescentes.

e) Determinar cuál es el estilo de socialización de los padres más relacionado a la conducta disocial en los adolescentes.

f) Establecer cuál es el estilo de socialización de las madres que está mayoritariamente asociado a la conducta disocial en los adolescentes.

g) Establecer si existe comorbilidad entre ansiedad y depresión adolescente.

2.3 VARIABLES.

Las variables de la investigación son las siguientes:

- **Estilos de Socialización Parental**

Definición constitutiva:

Es la forma característica que tienen los padres de ayudarle a los hijos a configurar su identidad personal, así como a asimilar y adquirir los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales propios de la cultura y sociedad a la que se pertenece.

Definición operacional:

La variable fue medida a través de la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA-29) de Musitu y García (2001).

- **Psicopatología Adolescente**

Definición constitutiva:

Es el conjunto de trastornos mentales o alteraciones de la vida psíquica presentes en los adolescentes.

Definición operacional:

Se ha delimitado a tres tipos de psicopatología: ansiedad, conducta disocial y depresión; los cuales se midieron a partir de tres instrumentos: a) la Escala de Ansiedad Infantil (AI) de Reynolds y Richmond (1978), b) el Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas (A-D) de Seisdedos (1988), y c) la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) de Del Barrio, Silva, Conesa-Peraleja, Martorell y Navarro (1993).

2.4 HIPÓTESIS.

Las hipótesis que se han considerado para el estudio son las siguientes:

H1: Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con padre negligente.

CAPÍTULO SEGUNDO – PROBLEMA, OBJETIVOS, VARIABLES E HIPÓTESIS 97

H2: Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con madre negligente.

H3: Los adolescentes con padre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con padre autoritativo.

H4: Los adolescentes con madre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con madre autoritativa.

H5: Los adolescentes con padre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con padre indulgente.

H6: Los adolescentes con madre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con madre indulgente.

H7: Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con padre autoritativo.

H8: Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con madre autoritativa.

H9: Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con padre indulgente.

H10: Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con madre indulgente.

H11: Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con padre negligente.

H12: Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con madre negligente.

H13: Los adolescentes con padre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre autoritario.

H14: Los adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre autoritaria.

H15: Los adolescentes con padre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre autoritativo.

H16: Los adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre autorizativa.

CAPÍTULO SEGUNDO – PROBLEMA, OBJETIVOS, VARIABLES E HIPÓTESIS 99

H17: Los adolescentes con padre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre negligente.

H18: Los adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre negligente.

H19: Existe relación entre depresión y ansiedad adolescente.

CAPÍTULO TERCERO

MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

3.2 INSTRUMENTOS

3.3 PROCEDIMIENTO

3.1 PARTICIPANTES.

Los participantes en la investigación fueron adolescentes de seis centros educativos de la provincia de Vizcaya: Colegio Nuestra Señora de la Antigua (Orduña), Instituto Nicolás Larburu (Barakaldo), Instituto Angela Figuera (Sestao), Instituto Julio Caro Baroja (Getxo), Colegio Santa María (Portugalette) y Colegio Berriotxo (Santuxu, Bilbao).

El método seguido para la obtención de la muestra fue el Muestreo Deliberado o Convencional (Bonilla, 1998), es decir, que los colegios -y en consecuencia, los adolescentes que estudian en ellos- fueron elegidos arbitrariamente a partir de aspectos como: ubicación geográfica, facilidad de acceso y permiso para la recolección de datos. En este sentido, cabe mencionarse que en algunos centros educativos no fue obtenida la autorización respectiva para realizar la investigación, lo cual condicionó grandemente el tamaño de la muestra.

Luego, los adolescentes concretos, fueron seleccionados por las autoridades de cada centro educativo. Los orientadores elegían cursos y secciones disponibles para la recolección de datos en función de su agenda académica.

Ahora bien, se optó por adolescentes de instituciones educativas por la relativa facilidad de acceso, ya que en los colegios se encuentran concentrados prácticamente todos los adolescentes de un barrio, ciudad y municipio; el carácter obligatorio de la educación ha facilitado esta condición.

CAPÍTULO TERCERO – MÉTODO 102

Para llevar a cabo la investigación, lo importante era contar con el insumo adolescente, es decir, la sola condición de “ser adolescente” hacía susceptible a un sujeto de ser participante de la misma.

La distribución de los participantes por centro educativo y la muestra definitiva se observa en la tabla 2. Posteriormente, en la tabla 3, se muestra la distribución de los sujetos por curso académico.

TABLA 2. Distribución total de participantes por Centro Educativo.

Instituto o Colegio	Número de participantes
Nuestra Señora de la Antigua	118
Nicolás Larburu	119
Ángela Figuera	65
Julio Caro Baroja	72
Santa María	203
Berriotxoa	318
Total	895

TABLA 3. Distribución de los participantes por Curso Académico.

Instituto Curso	Nuestra Señora de la Antigua	Nicolás Larburu	Ángela Figuera	Julio Caro Baroja	Santa María	Berriotxoa	Total
3° ESO	37	50	34	26	50	94	291
4° ESO	45	51	14	0	52	67	229
1° Bach.	36	18	9	46	80	83	272
2° Bach.	0	0	0	0	0	74	74
Diversificación Curricular	0	0	8	0	21	0	29
Total	118	119	65	72	203	318	895

Este cuadro de los participantes por curso académico sólo tiene utilidad descriptiva porque, en realidad, no es una variable de interés para la investigación.

CAPÍTULO TERCERO – MÉTODO 103

No sucede lo mismo con aspectos tales como el sexo y la edad de los adolescentes, ya que, a pesar de no ser las principales variables de la investigación, siempre enriquecen el análisis y comprensión de cómo operan los fenómenos en estudio.

La distribución de los participantes por sexo y edad se detallan a continuación en las tablas 4 y 5.

TABLA 4. Distribución de los adolescentes por sexo.

Instituto	Sexo	Mujeres	Varones
Nuestra Señora de la Antigua		51	67
Nicolás Larburu		72	47
Ángela Figuera		38	27
Julio Caro Baroja		35	37
Santa María		81	122
Berriotxo		157	161
Total		434	461

TABLA 5. Distribución de los participantes por edad.

Edad	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
Instituto							
Nuestra Señora de la Antigua	0	17	47	40	10	3	1
Nicolás Larburu	0	23	27	43	20	5	1
Ángela Figuera	0	13	23	16	12	1	0
Julio Caro Baroja	0	1	7	28	27	8	1
Santa María	0	37	40	81	38	7	0
Berriotxo	10	84	67	71	78	7	1
Total	10	175	211	279	185	31	4

El número de adolescentes a los cuáles se les aplicaron los instrumentos de la investigación fue mayor, de lo arriba apuntado, en los seis centros educativos; sin embargo, algunos participantes no cumplimentaron ni rellenaron todos los test, por lo que tuvieron que ser eliminados del estudio. Otros, no realizaron todas las pruebas porque llegaron tarde o se fueron antes de que finalizara toda la aplicación, así que tampoco fueron tomados en cuenta.

3.2 INSTRUMENTOS.

Se utilizaron cuatro instrumentos para la medición de las variables, uno para depresión, uno para ansiedad, otro para conducta disocial y un último para los estilos de socialización parental.

Los instrumentos que se utilizaron fueron aquellos que se consideraron idóneos para la investigación, hubo que hacer un proceso de selección para la medición de cada variable. Algunos de los instrumentos descartados para medir psicopatología adolescente, que poseen alguna subescala de las variables en estudio son: el Inventario Breve de Síntomas (BSI) de Derogatis, adaptado por Aragón Ramírez, Bragado Alvarez y Carrasco Galán (2000); el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) de Davison y otros, que fue adaptado recientemente a la población española por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008); la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen, adaptada por Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) de Lovibond y Lovibond, adaptada por Bados, Solanas y Andrés (2005).

Del mismo modo, instrumentos específicos para medir únicamente depresión, ansiedad y conducta disocial que fueron dejados de lado son: el Inventario de Depresión Beck (BDI) de Beck, adaptado por Sanz y Vázquez (1998); el Cuestionario de Depresión (CESDS) de Ensel, adaptado por Chorot y Sandín (1991); el Inventario de Ansiedad Beck (BAI) de Beck, adaptado por Sanz y Navarro (2003); el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) de Peterson y Reiss, adaptado por Sandín, Chorot y McNally (1996); el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Luchene, adaptado por Técnicos Especializados Asociados (TEA) (1982) y la Escala de Conducta Antisocial (ASB) de Allsopp y Feldman, adaptada por Martorell y Silva (1992).

Similar procedimiento se realizó con los instrumentos para medir estilos de socialización parental, algunas de las pruebas descartadas son: la Escala de Eficacia Colectiva Familiar Percibida por los Adolescentes (EFCP/A) de Caprara, Regalia y Scabini, recientemente adaptada a la población española por Pepe, Sobral, Gómez-Fraguela y Villar-Torres (2008); el Child's Report of Parent Behavior Inventory (CRPBI) de Schaefer, adaptado por Samper, Cortés, Mestre, Nácher y Tur (2006); la Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos y Moos, adaptada por Técnicos Especializados Asociados (TEA) (1984); la Escala de Estrés Parental (PSS) de Berry y Jones, adaptada por Oronoz, Alonso-Arbiol y Balluerk (2007); el Cuestionario de Aceptación-Rechazo Parental (PARQ) de Rohner, Saavedra y Granum (1978); la Escala

de Control Parental (PCS) de Rohner y Khaleque (2003) y el Parenting Style Questionnaire (PLQ) de Radziszewska, Richardson, Dent y Flay (1996).

La prueba finalmente escogida que se utilizó para medir depresión fue la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) elaborada por Del Barrio, Silva, Conesa-Peraleja, Martorell y Navarro (1993), la cual ha sido creada y baremada en España con población infantil y adolescente (Ver anexo 1).

Consta de 39 ítems, incluyendo aspectos como disforia, anhedonia, baja autoestima, sentimientos de culpa, retraimiento social, problemas escolares, fatiga, enlentecimiento motor, alteraciones vegetativas e ideación mórbida y suicida; que corresponden a las características que constituyen el núcleo fundamental del diagnóstico y evaluación de la depresión infantil y adolescente (Del Barrio, 1998).

Posee además dos sub-escalas (aparte de la escala total), producto del análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax: Depresión (agrupando las cuestiones de carácter negativo) y Felicidad (las de carácter positivo), obteniéndose una correlación de 0.0 entre ellas. La consistencia interna, a partir del alfa de Cronbach (1951) en la escala total es de 0.89.

Para la medición de ansiedad se recurrió a la Escala de Ansiedad Infantil (AI), que es una adaptación al castellano de la Revised Children`s Manifest Scale (RCMAS) de Reynolds y Richmond (1978); esta adaptación a la población infantil y adolescente

española ha sido llevada a cabo por Sosa, Capafóns, Flores, Navarro y Silva (1993) (Ver Anexo 2).

La prueba se compone de 28 ítems, recogiendo los aspectos motores, fisiológicos y cognitivos que caracterizan la ansiedad (Toledo y otros, 2000).

Para obtener la validez de la escala se ha puesto a prueba su poder diferencial frente a grupos criteriosales y se ha correlacionado con otros instrumentos de evaluación psicológica infantil y juvenil, obteniéndose resultados positivos. En cuanto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach (1951) fue de 0.82, siendo, evidentemente, un resultado satisfactorio en beneficio de la calidad psicométrica de la prueba.

El test para medir conducta disocial fue el Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas (A-D) de Seisdedos (1988) el cual ha sido construido y baremado con población española. El instrumento se compone de dos escalas: Conductas Antisociales y Conductas Delictivas, y cada una consta de 20 ítems (Ver Anexo 3). A los participantes de la investigación se les aplicó ambas escalas, pensando trabajar en el futuro con los datos sobre conductas delictivas, ya que en el presente estudio dichas conductas no son variables de investigación.

La validez de constructo del cuestionario se obtuvo a través del análisis factorial, el cual permitió agrupar los comportamientos en dos dimensiones diferentes (las correspondientes a cada escala) pero no totalmente independientes. También se ha

recurrido a grupos criteriosales y se ha correlacionado con otros instrumentos que miden la conducta antisocial arrojando resultados satisfactorios. La fiabilidad fue obtenida mediante el procedimiento de “las dos mitades” (correlacionándose y corrigiéndose los índices con la formulación de Spearman-Brown) para cada escala y para cada sexo, siendo el coeficiente de fiabilidad para los varones de 0.866 en la escala de conductas antisociales, y de 0.862 en la escala de conductas delictivas. En el caso de las mujeres, el índice de fiabilidad fue de 0.860 en ambas escalas.

Finalmente, el instrumento que se utilizó para medir la variable estilos de socialización parental fue la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA-29) de Musito y García (2001), que ha sido elaborada justamente para adolescentes españoles (Ver Anexo 4).

Esta escala se compone de 29 ítems, 13 de ellos representan situaciones negativas y los otros 16 situaciones positivas, los cuales deben ser respondidos por los adolescentes aplicando cada caso al padre y a la madre por separado, obteniéndose el estilo de socialización parental de cada uno. Además, pueden obtenerse puntuaciones directas (con sus respectivos baremos) de los componentes o dimensiones que determinan los estilos de socialización parental, a saber coerción/imposición y aceptación/implicación. Por otro lado, también es posible obtener puntuaciones directas en 7 sub-escalas que determinan los componentes de los estilos, estos son: diálogo, afecto, displicencia, indiferencia, coerción física, privación y coerción verbal.

CAPÍTULO TERCERO – MÉTODO 109

La fiabilidad de cada una de las sub-escalas y componentes del instrumento ha sido satisfactoria, obteniéndose un mayor coeficiente de consistencia interna en la escala de afecto de la madre (0,943), y un menor coeficiente en la escala de displicencia del padre en situaciones problemáticas (0,820). La validez fue obtenida a partir del análisis factorial, extrayendo los factores con el método PFA-análisis de componentes principales y aplicando la rotación de varimax con normalización de Kaiser.

Tanto la Escala de Evaluación de la Depresión, la Escala de Ansiedad Infantil, como el Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas son instrumentos de fácil comprensión para los adolescentes y de fácil aplicación para el investigador, de igual forma, sus normas de corrección y obtención de resultados generales son sencillas. Sucede lo contrario con la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia ya que es una prueba compleja, requiere mucha claridad en las instrucciones para su correcta ejecución y su proceso de puntuación es arduo, sin embargo, es discriminativa y de gran utilidad para esclarecer los estilos de socialización parental.

Es pertinente señalar que el bagaje de instrumentos psicológicos sobre adolescencia aún es limitado en comparación a otras poblaciones, existen muchos test y pruebas para adultos y niños y, generalmente, por extensión, se busca ampliar los instrumentos infantiles hasta la adolescencia. Todo esto se traduce en una reducida oferta de pruebas adecuadas para esta población, siendo menor el material para escoger aquellos más aptos para los fenómenos que desean medirse; empero, los instrumentos

de medición seleccionados para esta investigación reúnen las características psicométricas, de contexto y de factibilidad necesarias para su uso.

3.3 PROCEDIMIENTO.

El diseño de la investigación utilizado es de tipo No Experimental Transeccional (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006) ya que combina variables atributivas con variables activas (Kerlinger, 1988) sin manipulación experimental de variables independientes, efectuándose la medición en un único momento.

Además, la investigación es de tipo Correlacional, ya que describe la relación entre dos o más variables sin precisar sentido de causalidad fundamentándose en hipótesis correlacionales (Hernández Sampieri y otros, 2006). Por lo tanto, el efecto de manipulación de variables no es la finalidad de esta investigación, sino el análisis del comportamiento de las variables.

La recolección de datos se realizó en dos períodos escolares en los centros educativos ya mencionados. Lo extenso del tiempo se debió, principalmente, a dos motivos: a) aspectos de logística de cada centro, ya que cada colegio establecía el mes y semana concreta de la aplicación para cada curso y, b) las limitaciones obvias de no poder estar en varios institutos y cursos al mismo tiempo.

CAPÍTULO TERCERO – MÉTODO 111

La aplicación de los instrumentos fue grupal, por cada curso escolar en cada instituto. Se realizó en horas asignadas para clase, pero que, previo permiso de las autoridades del centro escolar, se utilizaron para la recolección de datos de la investigación.

Se pasaron las cuatro pruebas a cada sujeto, una tras otra y en una sola sesión, para evitar problemas posteriores en cuanto a la inasistencia al instituto por parte de algunos alumnos. Además, el orden de aplicación de las pruebas fue distinto en cada colegio y en cada curso. El tiempo requerido para la ejecución de las cuatro pruebas fue de aproximadamente 1 hora y 10 minutos.

En general, no se observaron grandes inconvenientes en la aplicación de los instrumentos, excepto que hubo una cantidad considerable de pruebas que fueron invalidadas. Muchos adolescentes no rellenaban los instrumentos en su totalidad (uno o varios de ellos), dejaban ítems sin responder o rellenaban de forma incorrecta. Todo esto a pesar de explicarles con claridad y paciencia la forma de resolverlos, pero, la desidia y una actitud abiertamente negativa -de parte de algunos- hacia la investigación contribuía a ello, hasta el punto que, varios instrumentos cumplimentados totalmente por algunos adolescentes fueron invalidados porque se observó que los estaban rellenando de manera vaga y sin la seriedad mínima. Al final, las pruebas eliminadas correspondieron al 12% de los sujetos.

CAPITULO CUARTO

RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo

4.1.1 Tipo de familia

4.1.1.1 Tipo de familia y sexo del adolescente

4.1.1.2 Tipo de familia y edad del adolescente

4.1.2 Estilos de socialización parental

4.1.2.1 Estilo de socialización parental y tipo de familia

4.1.2.2 Estilo de socialización parental y sexo del adolescente

4.1.2.3 Estilo de socialización parental y edad del adolescente

4.1.3 Psicopatología adolescente

4.1.3.1 Depresión adolescente

4.1.3.1.1 Depresión adolescente y edad

4.1.3.1.2 Depresión adolescente y sexo

4.1.3.1.3 Depresión y tipo de familia del adolescente

4.1.3.2 Ansiedad adolescente

4.1.3.2.1 Ansiedad adolescente y edad

4.1.3.2.2 Ansiedad adolescente y sexo

4.1.3.2.3 Ansiedad y tipo de familia del adolescente

4.1.3.3 Conducta disocial adolescente

4.1.3.3.1 Conducta disocial adolescente y edad

4.1.3.3.2 Conducta disocial adolescente y sexo

4.1.3.3.3 Conducta disocial y tipo de familia del adolescente

4.2 Análisis inferencial

4.2.1 Psicopatología adolescente y estilos de socialización parental

4.2.1.1 Depresión y estilos de socialización parental

4.2.1.2 Ansiedad y estilos de socialización parental

4.2.1.3 Conducta disocial y estilos de socialización parental

4.2.2 Co-morbilidad entre psicopatología adolescente

RESULTADOS

Este capítulo muestra los principales resultados de la investigación. Posiblemente con la cantidad de datos obtenidos pudieron hacerse más cruces de variables o hacer un análisis con cada uno de los componentes y subcomponentes de cada una, pero esto excede los objetivos de la investigación, en consecuencia, se hacen únicamente los análisis que permiten comprobar las hipótesis de investigación planteadas anteriormente.

Los resultados se presentan bajo una línea directriz que va de lo descriptivo a lo inferencial, ya que la primera parte contiene únicamente los datos globales, porcentajes y frecuencias sobre aspectos que pueden resultar de interés general, tales como tipo de familia, sexo de los adolescentes por estilo de socialización parental y edad de los adolescentes, también vinculada al estilo de socialización parental y a las psicopatologías en estudio. Una segunda parte muestra los resultados a partir de los estadísticos utilizados que posibilitan la prueba de hipótesis, lo cual constituye el elemento central de la investigación.

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

4.1.1 Tipo de familia.

Para comenzar se plasman los porcentajes y frecuencias de adolescentes que pertenecen a los diferentes tipos de familia, que en este caso únicamente se refiere a familia nuclear y familia monoparental, distinguiendo aquellos casos en los que los adolescentes viven

sólo con su madre (monoparental-madre) de aquellos otros en los que viven sólo con su padre (monoparental-padre).

Tabla 6. Tipo de Familia.

Tipo de Familia	Nuclear	Monoparental Madre	Monoparental Padre	Total
Frecuencia	845	39	11	895
Porcentaje	94.4%	4.4%	1.2%	100%

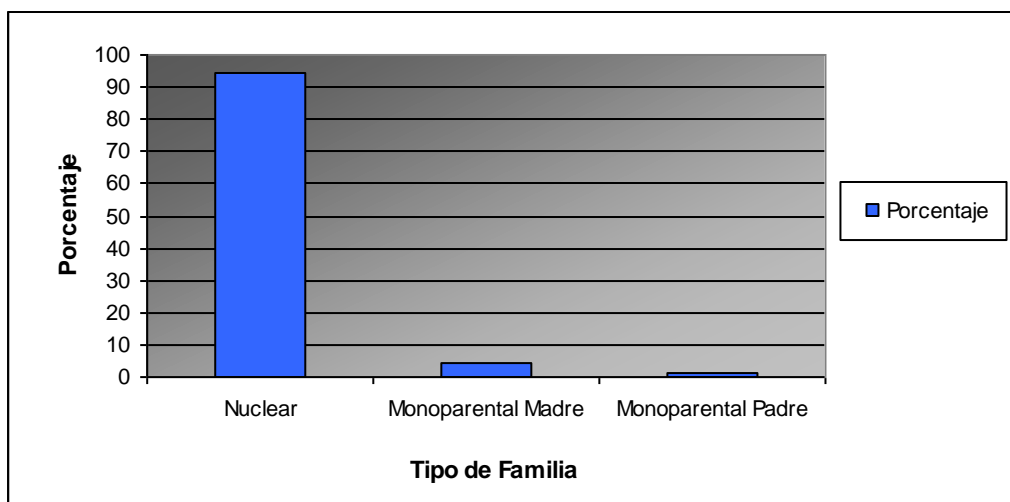


Figura 1. Tipo de Familia.

En la Tabla 6 y Figura 1 se observa que un 94.4% de los jóvenes pertenecen a una familia nuclear, un 4.4% pertenecen a una familia monoparental madre (M. M.) y únicamente un 1.2% pertenecen a una familia monoparental padre (M. P.). Es evidente que el porcentaje de jóvenes que pertenecen a familias monoparental-padre es pequeño,

sin embargo se tomará en cuenta para el análisis de resultados porque es relevante observar su comportamiento.

4.1.1.1 Tipo de familia y sexo del adolescente.

En cuanto al sexo de los adolescentes se observa que un 93.5% de las mujeres pertenecen a una familia nuclear frente a un 95.3% de los varones. Además un 5.1% de las mujeres pertenecen a una familia monoparental-madre y sólo un 3.7% de los hombres pertenecen al mismo tipo de familia. Finalmente el 1.4% de las mujeres forman parte de una familia monoparental-padre y el 1.1% de los varones pertenecen a una familia monoparental-padre. Estos datos pueden observarse en la Tabla 7 y Figura 2.

Tabla 7. Tipo de familia según el sexo del adolescente.

Tipo de Familia	Sexo del Adolescente		Total
	Mujer	Hombre	
Nuclear	406 (93.5 %)	439 (95.3%)	845 (94.4%)
Monoparental Madre	22 (5.1%)	17 (1.4%)	39 (4.4%)
Monoparental Padre	6 (1.4%)	5 (1.1%)	11 (1.2%)
Total	434 (48.5%)	461 (51.5%)	895 (100%)

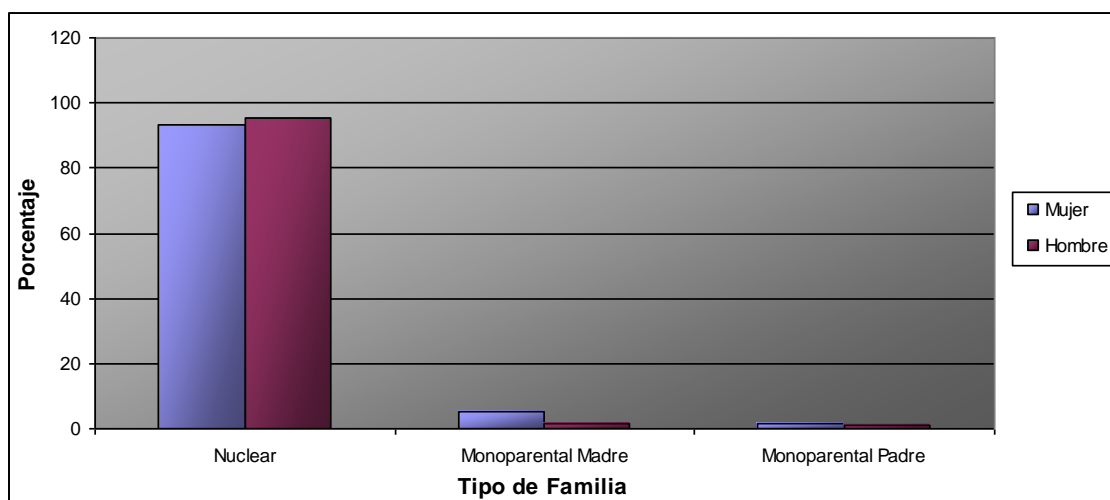


Figura 2. Tipo de familia según el sexo del adolescente.

4.1.1.2 Tipo de familia y edad del adolescente.

En lo concerniente a la edad se observa en la Figura 3 que un 100% de los adolescentes de 13 años pertenecen a una familia nuclear; en los de 14 años, el 94.3% pertenecen a una familia nuclear, el 4.6% a una familia monoparental-madre y únicamente un 1.1% pertenece a una familia monoparental-padre. Entre los jóvenes de 15 años un 94.3% pertenece a una familia nuclear, el 4.7% pertenece a una familia monoparental-madre y un 0.9% pertenece a una familia monoparental-padre. En los adolescentes de 16 años un 95.7% pertenece a una familia nuclear, el 3.9% a una familia monoparental-madre y el 0.4% a una familia monoparental-padre; entre los jóvenes con 17 años de edad, el 94.6% pertenece a una familia nuclear, un 4.3% forma parte de una familia monoparental-madre y el 1.1% pertenece a una familia monoparental-padre. En cuanto a los alumnos de 18 años, el 83.9% forma parte de una familia nuclear, el 3.2% pertenece a una familia monoparental-madre y un 12.9%

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 118

pertencen a una familia monoparental-padre. Finalmente, el 75% de los estudiantes de 19 años forman parte de una familia nuclear, y el 25% pertenecen a una familia monoparental-madre. En la Tabla 8 se muestran las frecuencias.

Tabla 8. Tipo de Familia según la edad del adolescente.

Tipo de Familia	Edad del Adolescente							Total
	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	
Nuclear	10 (2.91%)	165 (19.5%)	200 (23.7%)	266 (29.7%)	175 (20.7%)	26 (3.07%)	3 (0.42%)	845 (94.4%)
Monoparental Madre	0 (0%)	8 (20.5%)	10 (25.8%)	11 (28.2%)	8 (20.5%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	39 (4.4%)
Monoparental Padre	0 (0%)	2 (18.2%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	2 (18.2%)	4 (36.3%)	0 (0%)	11 (1.2%)
Total	10 (1.12%)	175 (19.5%)	212 (23.7%)	278 (31%)	185 (20.7%)	31 (3.5%)	4 (0.48%)	895 (100%)

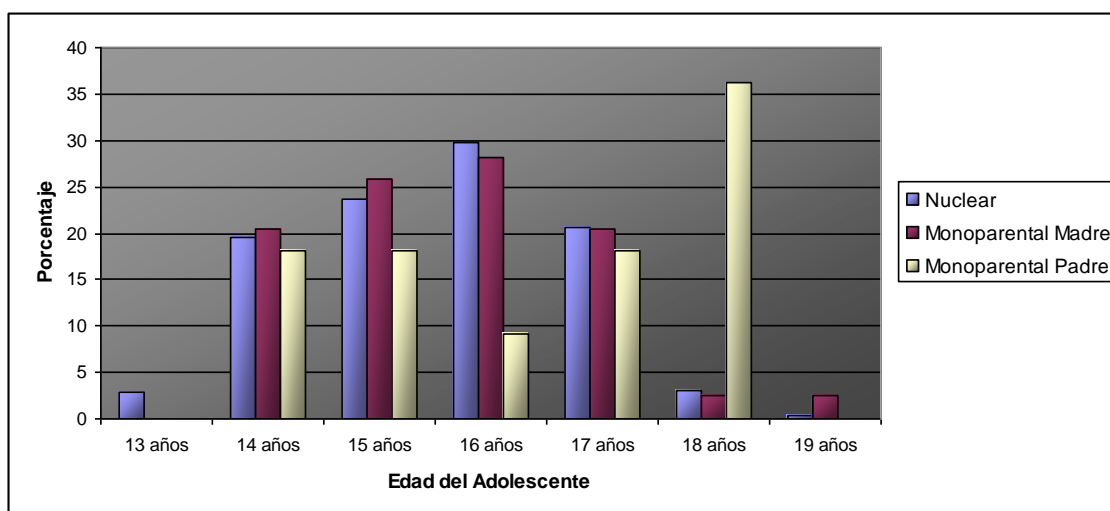


Figura 3. Tipo de familia según la edad del adolescente.

4.1.2 Estilos de Socialización Parental.

A continuación se muestran las frecuencias y porcentajes de los estilos de socialización parental que presentan los padres y madres de los adolescentes participantes en la investigación.

Tabla 9. Estilo de socialización parental del padre y de la madre.

Estilo de Socialización	Parental Paterno	Parental Materno
Autorizativo	180 (22.6%)	299 (37.3%)
Indulgente	244 (30.7%)	312 (38.9%)
Negligente	250 (31.4%)	109 (13.6%)
Autoritario	121 (15.3%)	81 (10.2%)
Total	795 (100%)	801 (100%)

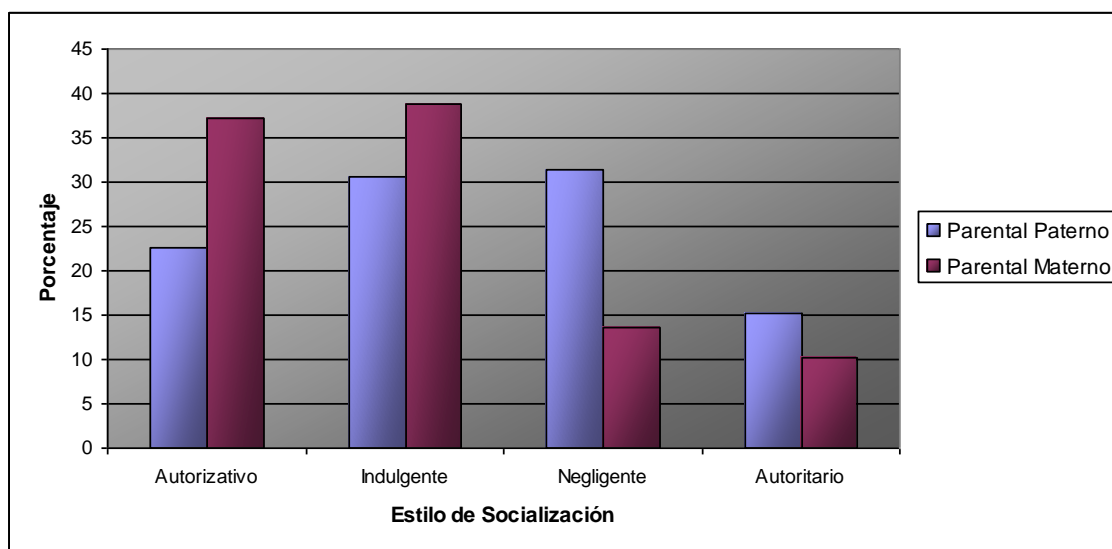


Figura 4. Estilo de socialización parental del padre.

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 120

Se puede observar en la Tabla 9 y en la Figura 4 que un 22.6% del total de los adolescentes participantes poseen padres autoritativos; el 30.7% posee padres indulgentes; el 31.4% padres negligentes y el 15.3% padres autoritarios. Estos resultados evidencian que los estilos de socialización que predominan en los padres son el negligente y el indulgente, siendo la diferencia entre ambos muy mínima.

En cuanto a los estilos de socialización de las madres se observa que un 37.3% del total de adolescentes participantes poseen madres autoritativas; un 38.9% madres indulgentes; el 13.6% madres negligentes y el 10.2% madres autoritarias, tal y como puede verse en la Tabla 9 y en la Figura 4. En este caso los estilos de socialización predominantes son el indulgente y el autoritativo, los cuales están casi al mismo nivel. A diferencia de los padres, se evidencia que en las madres el estilo autoritativo tiene mayor presencia en detrimento del negligente, que es el predominante en los padres.

4.1.2.1 Estilo de socialización parental y tipo de familia.

En cuanto a la relación entre los estilos de socialización y el tipo de familia, primero tenemos que un 22.8% del total de adolescentes pertenecientes a familias nucleares tienen padres autoritativos; el 30.5% de ellos posee padres indulgentes; el 31.3% de los alumnos pertenecientes a familias nucleares posee padres negligentes y el 15.4% posee padres autoritarios. Además un 9% del total de jóvenes participantes pertenecientes a familias monoparentales-padre tienen padres autoritativos; el 45.5% de ellos posee padres indulgentes; el 45.5% padres negligentes y un 0% posee padres autoritarios, aunque esto último se atribuye a la poca frecuencia de familias monoparentales-padre. Estos datos pueden observarse en la Tabla 10.

Tabla 10. Estilo de socialización del padre y tipo de familia.

Tipo de Familia	ESPA - Padre				Total
	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	
Nuclear	179 (22.8%)	239 (30.5%)	245 (31.3%)	121 (15.4%)	784 (98.6%)
Monoparental Padre	1 (9%)	5 (45.5%)	5 (45.5%)	0 (0%)	11 (1.4%)
Total	180 (22.6%)	244 (30.7%)	250 (31.4%)	121 (15.3%)	795 (100%)

Por otro lado, en lo referente al estilo de socialización materno y el tipo de familia, se observa en la Tabla 11 que un 37.6% del total de participantes pertenecientes a familias nucleares tienen madres autorizativas; un 39% de ellos posee madres indulgentes; el 13.3% madres negligentes y el 10.1% madres autoritarias. Además un 32.4% del total de adolescentes pertenecientes a familias monoparentales-madre tienen madres autorizativas; un 37.8% de ellos madres indulgentes; el 18.9% madres negligentes y el 10.9% posee madres autoritarias. Es de resaltar el incremento en el estilo negligente que evidencian las madres de familias monoparentales con respecto a las de familias nucleares.

Tabla 11. Estilo de socialización de la madre y tipo de familia.

Tipo de Familia	ESPA – Madre				Total
	Autorizativa	Indulgente	Negligente	Autoritario	
Nuclear	287 (37.6%)	298 (39%)	102 (13.3%)	77 (10.1%)	764 (95.4%)
Monoparental Madre	12 (32.4%)	14 (37.8%)	7 (18.9%)	4 (10.9%)	37 (4.6%)
Total	299 (37.3%)	312 (38.9%)	109 (13.6%)	81 (10.2%)	801 (100%)

4.1.2.2 Estilo de socialización parental y sexo del adolescente.

Con respecto al sexo del adolescente, en la Tabla 12 se observa que un 20.6% del total de mujeres participantes tienen padres autorizativos; un 31% de ellas posee padres indulgentes; el 31.2% padres negligentes y un 17.2% de ellas posee padres autoritarios. Además un 24.6% del total de hombres participantes tienen padres autorizativos; un 30.4 % de ellos posee padres indulgentes; el 31.7% padres negligentes y un 13.3% de ellos posee padres autoritarios. Resulta llamativo que el porcentaje de padres autoritarios es mayor cuando sus vástagos son mujeres que cuando son hombres, en el resto de estilos las diferencias son muy mínimas.

Tabla 12. Estilo de socialización del padre y sexo del adolescente.

Sexo del Adolescente	ESPA-Padre				Total
	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	
Mujer	79 (20.6%)	119 (31%)	120 (31.2%)	66 (17.2%)	384 (48.3%)
Hombre	101 (24.6%)	125 (30.4%)	130 (31.7%)	55 (13.3%)	411 (51.7%)
Total	180 (22.6%)	244 (30.7%)	250 (31.4%)	121 (15.3%)	795 (100%)

Ahora bien, un 34.3% del total de mujeres tienen madres autorizativas; un 40.5% de ellas posee madres indulgentes; el 13.5% de las adolescentes posee madres negligentes y un 11.7% de ellas tienen madres autoritarias. Además un 40.2% del total de varones participantes tienen madres autorizativas; un 37.5 % madres indulgentes; el 13.7% madres negligentes y un 10.2% de ellos posee madres autoritarias. Es llamativo el mayor porcentaje de indulgencia de las madres hacia las mujeres que hacia sus hijos varones, así como el menor porcentaje hacia las mujeres en el estilo autorizativo. Estos resultados se observan en la Tabla 13.

Tabla 13. Estilo de socialización de la madre y sexo del adolescente.

Sexo del Adolescente	ESPA-Madre				Total
	Autoritativa	Indulgente	Negligente	Autoritario	
Mujer	135 (34.3%)	159 (40.5%)	53 (13.5%)	46 (11.7%)	393 (49%)
Hombre	164 (40.2%)	153 (37.5%)	56 (13.7%)	35 (8.6%)	408 (51%)
Total	299 (37.3%)	312 (38.9%)	109 (13.6%)	81 (10.2%)	801 (100%)

4.1.2.3 Estilo de socialización parental y edad del adolescente.

En lo referente a los estilos de socialización parental y la edad de los adolescentes, primero, en lo que a los padres respecta, se observa que un 20% del total de participantes con 13 años de edad tienen padres autoritativos; un 30% de ellos poseen padres indulgentes; el 30% posee padres negligentes y un 20% posee padres autoritarios. Además un 27.7% del total de adolescentes con edad de 14 años tiene padres autoritativos; un 34.8 % de ellos posee padres indulgentes; el 25.2% poseen padres negligentes y un 12.3% de ellos poseen padres autoritarios. En cuanto a los adolescentes con 15 años se puede notar como un 21.8% del total tienen padres autoritativos; un 35.4% de ellos posee padres indulgentes; el 27.5% posee padres negligentes y un 15.3% posee padres autoritarios. Del mismo modo, un 23.3% del total de jóvenes participantes con edad de 16 años tienen padres autoritativos; un 24.5 % de ellos posee padres indulgentes; el 35.3% posee padres negligentes y un 16.9% posee padres autoritarios. En los adolescentes de 17 años, se advierte que un 19.1% tiene padres autoritativos; un 29.6% de ellos posee padres indulgentes; el 35.2% posee padres negligentes y un 16.1% de ellos posee padres autoritarios. Por otro lado, un 14.3% del total de participantes con edad de 18 años tiene padres autoritativos; un 39.3% de ellos posee padres indulgentes; el 35.7% posee padres negligentes y un 10.7% posee padres autoritarios. Finalmente, el 50% de los adolescentes de 19 años tiene padre autoritativo, el 0% tiene padres indulgentes, el 50% tiene padres negligentes y el 0% tiene padres autoritarios. Hasta los 15 años se evidencia en mayor grado el estilo indulgente, pero desde los 16 el estilo negligente paterno es el que cobra auge. Estos resultados se observan en la tabla 14.

Tabla 14. Estilo de socialización del padre y edad del adolescente.

Edad del Adolescente	ESPA-Padre				Total
	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	
13 años	2 (20%)	3 (30%)	3 (30%)	2 (20%)	10 (1.3%)
14 años	43 (27.7%)	54 (34.8%)	39 (25.2%)	19 (12.3%)	155 (19.5%)
15 años	41 (21.8%)	67 (35.4%)	52 (27.5%)	29 (15.3%)	189 (23.7%)
16 años	58 (23.3%)	61 (24.5%)	88 (35.3%)	42 (16.9%)	249 (31.3%)
17 años	31 (19.1%)	48 (29.6%)	57 (35.2%)	26 (16.1%)	162 (20.4%)
18 años	4 (14.3%)	11 (39.3%)	10 (35.7%)	3 (10.7%)	28 (3.5%)
19 años	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (0.3%)
Total	180 (22.6%)	244 (30.7%)	250 (31.4%)	121 (15.3%)	795 (100%)

En cuanto al estilo de socialización de la madre y la edad del adolescente, en la tabla 15 se observa que un 40% del total de participantes con 13 años de edad tienen madres autorizativas; un 20% de ellos posee madres indulgentes; el 30% posee madres negligentes y un 10% de ellos posee madres autoritarias. Por otro lado, un 40.8% del total de adolescentes participantes con edad de 14 años tiene madres autorizativas; un 36.2% de ellos posee madres indulgentes; el 14.5% posee madres negligentes y un 8.5% de ellos posee madres autoritarias. En cuanto a los adolescentes de 15 años, se puede ver como un 32.3% del total tiene madres autorizativas; un 43.8% de ellos posee madres indulgentes; el 13.5% posee madres negligentes y un 10.4% de ellos posee madres autoritarias. Además un 40.7% del total de participantes con edad de 16 años tienen madres autorizativas; un 33.9% de ellos posee madres indulgentes; el 12.7% posee

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 126

madres negligentes y un 12.7% posee madres autoritarias. Con respecto a los adolescentes de 17 años, se advierte que un 34.5% del total de participantes tienen madres autoritativas; un 43.5% de ellos posee madres indulgentes; el 13.7% posee madres negligentes y un 8.3% posee madres autoritarias. Asimismo, un 29.1 % del total de jóvenes participantes con edad de 18 años tienen madres autoritativas; un 54.2% de ellos posee madres indulgentes; el 12.5% posee madres negligentes y un 4.2% de ellos posee madres autoritarias. Finalmente el 100% de los jóvenes de 19 años (cuatro participantes) tienen madre autoritativa.

Tabla 15. Estilo de socialización de la madre y edad del adolescente.

Edad del Adolescente	ESPA-Madre				Total
	Autoritativa	Indulgente	Negligente	Autoritario	
13 años	4 (40%)	2 (20%)	3 (30%)	1 (10%)	10 (1.2%)
14 años	62 (40.8%)	55 (36.2%)	22 (14.5%)	13 (8.5%)	152 (19%)
15 años	62 (32.3%)	84 (43.8%)	26 (13.5%)	20 (10.4%)	192 (24%)
16 años	102 (40.7%)	85 (33.9%)	32 (12.7%)	32 (12.7%)	251 (31.3%)
17 años	58 (34.5%)	73 (43.5%)	23 (13.7%)	14 (8.3%)	168 (21%)
18 años	7 (29.1%)	13 (54.2%)	3 (12.5%)	1 (4.2%)	24 (3%)
19 años	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (0.5%)
Total	299 (37.3%)	312 (38.9%)	109 (13.6%)	81 (10.2%)	801 (100%)

4.1.3 Psicopatología adolescente.

En lo referente a la psicopatología del adolescente, tal y como se ha señalado en el marco teórico, se han tomado en cuenta tres tipos de psicopatología adolescente, dos internalizantes (depresión y ansiedad) y una externalizante (conducta disocial). Se presentan los resultados de cada una en cuanto a edad, sexo y tipo de familia.

4.1.3.1 Depresión adolescente.

4.1.3.1.1 Depresión adolescente y edad.

En la tabla 16 y Figura 5 se pueden observar los resultados en la variable depresión correspondientes a las diferentes edades de los adolescentes.

Tabla 16. Depresión adolescente y edad.

Edad	Media Depresión	Desviación típica	Percentil	# Sujetos
13	14,6	4,006	40	10
14	16,4	8,454	50	175
15	17,4	8,575	55	212
16	17,6	7,984	55	278
17	16,5	7,798	50	185
18	18,7	7,786	65	31
19	17,3	5,965	55	4
Total	-	-	-	895

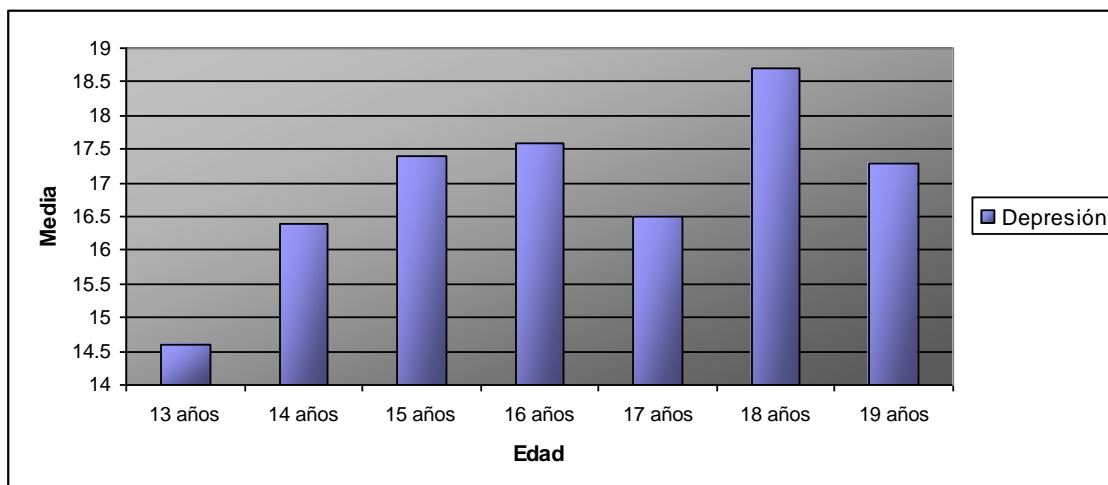


Figura 5. Depresión y edad del adolescente.

Los resultados arrojan que los adolescentes de 13 años poseen una media aritmética de 14,6 en la escala de depresión; los adolescentes de 14 años poseen una media de 16,4; los de 15 años una puntuación de 17,4; los estudiantes de 16 años una media de 17,6; los de 17 años poseen una media de 16,5; mientras que los adolescentes de 18 años poseen una media de 18,7 y los de 19 años una puntuación de 17,3. Se evidencia una mayor presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes de 18 años ubicándose en el percentil 65; en el extremo opuesto, los adolescentes de 13 años son los que presentan una menor sintomatología depresiva, ubicándose su puntuación directa en el percentil 40.

Para conocer si existe relación entre la depresión y la edad del adolescente se utilizó el estadístico de Correlación de Pearson, encontrándose que [$r(n = 895) = 0.029$ $p < 0.01$] lo que evidencia que la relación entre depresión y edad adolescente es muy baja con una magnitud débil (Rojas Soriano, 1998).

4.1.3.1.2 Depresión adolescente y sexo.

En cuanto a la depresión adolescente y el sexo al que pertenecen, se observa que las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva (17,8) que los hombres (16,4). Estos datos se muestran en la tabla 17 y Figura 6.

Tabla 17. Depresión adolescente y sexo.

Sexo	Media Depresión	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
Mujer	17,8	8,414	58	434
Hombre	16,4	7,826	50	461
Total	-	-	-	895

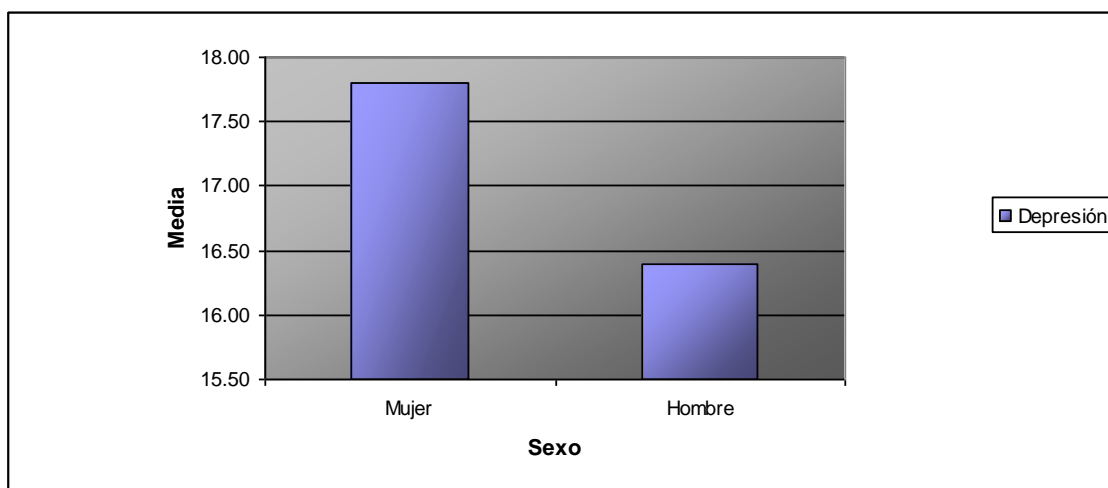


Figura 6. Depresión y sexo del adolescente.

Tabla 18. Prueba T para la igualdad de medias del puntaje de depresión de los adolescentes de ambos sexos.

		Prueba de Levene para la Igualdad de Varianzas		Prueba t para Igualdad de Medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Depresión puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	1,875	0,171	2,554	0,011	1,387
	No se asume Igualdad de Varianzas			2,549	0,011	1,387

Se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron los jóvenes participantes de ambos sexos en la escala de depresión. En primer lugar, se realizó la prueba de Levene, en la que se asume que las varianzas son iguales si la probabilidad (sig.) asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05. Pero si es menor que 0.05 puede rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumirse que son distintas. En el caso específico de los jóvenes de ambos sexos se puede ver como se asume la igualdad de varianzas (ver tabla 18). Puesto que 0.011 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, entonces se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de depresión de los adolescentes de ambos sexos.

4.1.3.1.3 Depresión y tipo de familia del adolescente.

En lo referente a la depresión y el tipo de familia del adolescente, la tabla 19 y Figura 7 muestran que los adolescentes con familia nuclear presentan una media de 17

en la escala de depresión; los adolescentes con familia monoparental madre poseen una puntuación de 17,5 y los adolescentes con familia monoparental padre poseen una media de 20,8.

Tabla 19. Depresión adolescente y tipo de familia.

Tipo de Familia	Media Depresión	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
Nuclear	17	7,961	53	845
Monoparental Madre	17,5	10,305	55	39
Monoparental Padre	20,8	12,529	70	11
Total	-	-	-	895

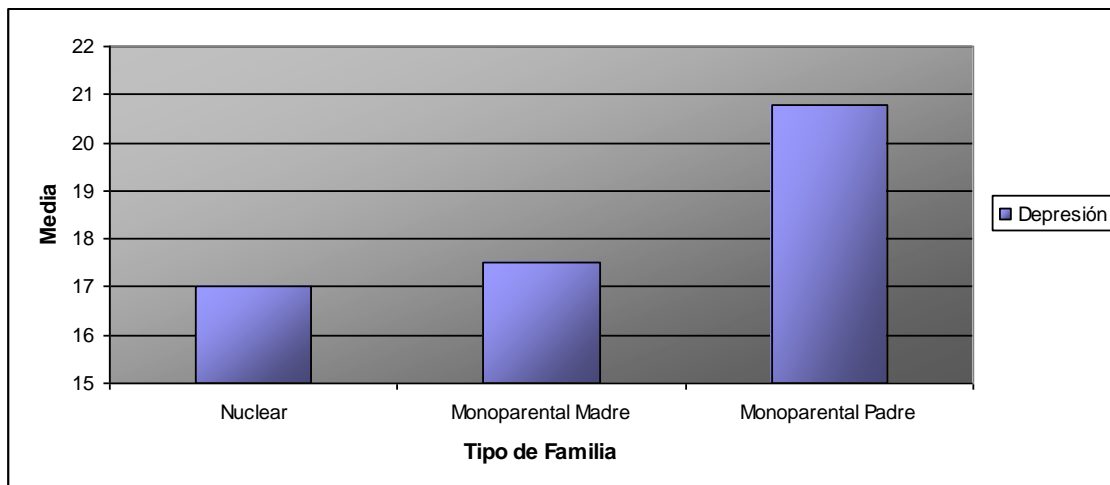


Figura 7. Depresión y tipo de familia del adolescente.

4.1.3.2 Ansiedad adolescente.

4.1.3.2.1 Ansiedad adolescente y edad.

En la tabla 20 y Figura 8 se observan los resultados correspondientes a la variable ansiedad y la edad de los adolescentes.

Tabla 20. Ansiedad adolescente y edad.

Edad	Media Ansiedad	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
13	9,1	4,202	40	10
14	10,6	4,910	45	175
15	11,1	4,810	50	212
16	11,1	4,958	50	278
17	10,5	4,785	45	185
18	9,9	4,061	40	31
19	11,8	2,630	60	4
Total	-	-	-	895

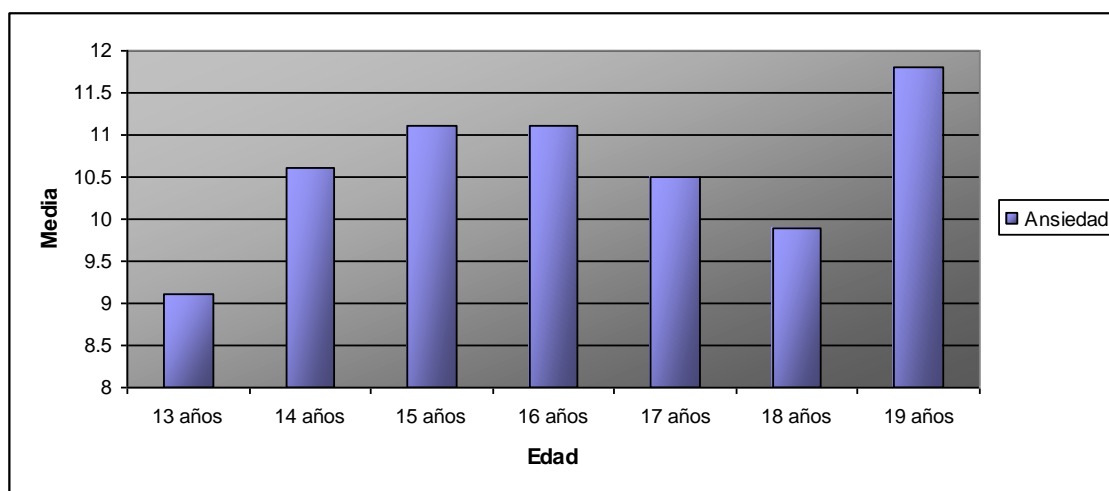


Figura 8. Ansiedad y edad del adolescente.

Los resultados arrojan que los adolescentes de 13 años poseen una media aritmética de 9,1 en la escala de ansiedad; los adolescentes de 14 años poseen una puntuación de 10,6; los de 15 años una puntuación de 11,1; los estudiantes de 16 años

una media de 11,1; los de 17 años poseen una puntuación de 10,5; mientras que los adolescentes de 18 años poseen una media de 9,9 y los de 19 años una media de 11,8. Se evidencia una mayor presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes de 19 años ubicándose en el percentil 60; y, al igual que lo encontrado con la variable depresión, en el extremo opuesto, los adolescentes de 13 años son los que presentan una menor sintomatología ansiosa, ubicándose su puntuación directa en el percentil 40.

Para conocer si existe relación entre la ansiedad y la edad del adolescente se utilizó el estadístico de Correlación de Pearson, encontrándose que [$r(n = 895) = -0.008$ $p < 0.01$] lo que evidencia que la relación entre ansiedad y edad adolescente es negativa con una magnitud débil (Rojas Soriano, 1998).

4.1.3.2.2 Ansiedad adolescente y sexo.

En cuanto a la ansiedad adolescente y el sexo al que pertenecen, se observa que las mujeres presentan mayor sintomatología ansiosa (12,5) que los hombres (9,2). Estos datos se muestran en la tabla 21 y Figura 9.

Tabla 21. Ansiedad adolescente y sexo.

Sexo	Media Ansiedad	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
Mujer	12,5	4,635	65	434
Hombre	9,2	4,459	40	461
Total	-	-	-	895

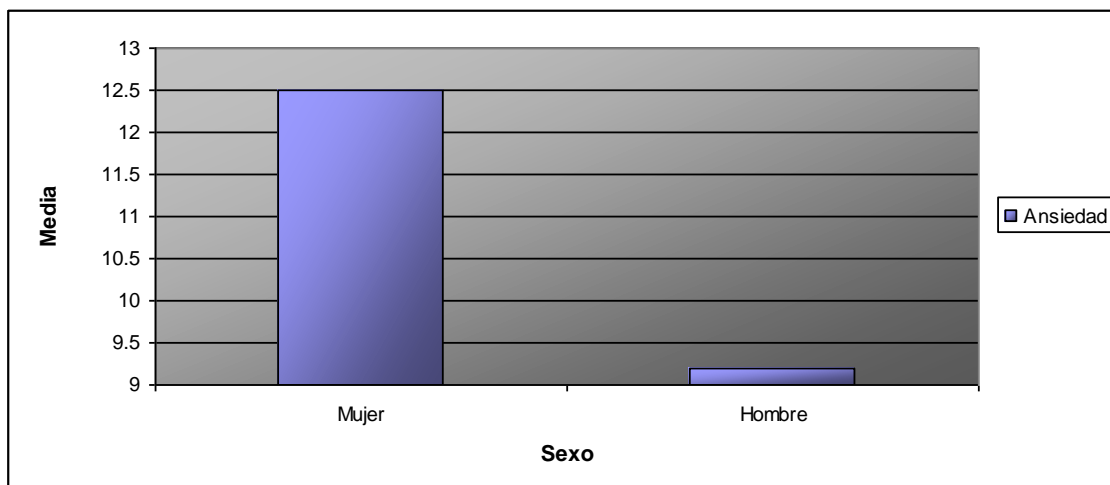


Figura 9. Ansiedad adolescente y sexo.

Tabla 22. Prueba T para la igualdad de medias del puntaje de ansiedad de los adolescentes de ambos sexos.

		Prueba de Levene para la Igualdad de Varianzas		Prueba T para la Igualdad de Medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Ansiedad ptuac dir	Se asume igualdad de Varianzas	1,132	0,288	10,876	0.000	3,307
	No se asume la igualdad de Varianzas			10,864	0.000	3,307

Se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa en la escala de ansiedad que obtuvieron los jóvenes de ambos sexos. En primer lugar, se realizó la prueba de Levene, en la que se asume que las varianzas son iguales si la probabilidad (sig.) asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05. Pero si es menor que 0.05 puede rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumirse que son distintas. En este caso se puede ver como se asume la igualdad de varianzas (ver tabla 22). Puesto que 0.000 es menor

que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, entonces se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad de los adolescentes de ambos sexos.

4.1.3.2.3 Ansiedad y tipo de familia del adolescente.

En lo referente a la ansiedad y el tipo de familia del adolescente, la tabla 23 y Figura 10 muestran que los adolescentes con familia nuclear presentan una media aritmética de 10,8 en la escala de ansiedad; los adolescentes con familia monoparental madre poseen una media de 12,1 y los adolescentes con familia monoparental padre poseen una media de 9,5.

Tabla 23. Ansiedad adolescente y tipo de familia.

Tipo de Familia	Media Ansiedad	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
Nuclear	10,8	4,872	45	845
Monoparental Madre	12,1	3,750	63	39
Monoparental Padre	9,5	4,927	40	11
Total	-	-	-	895

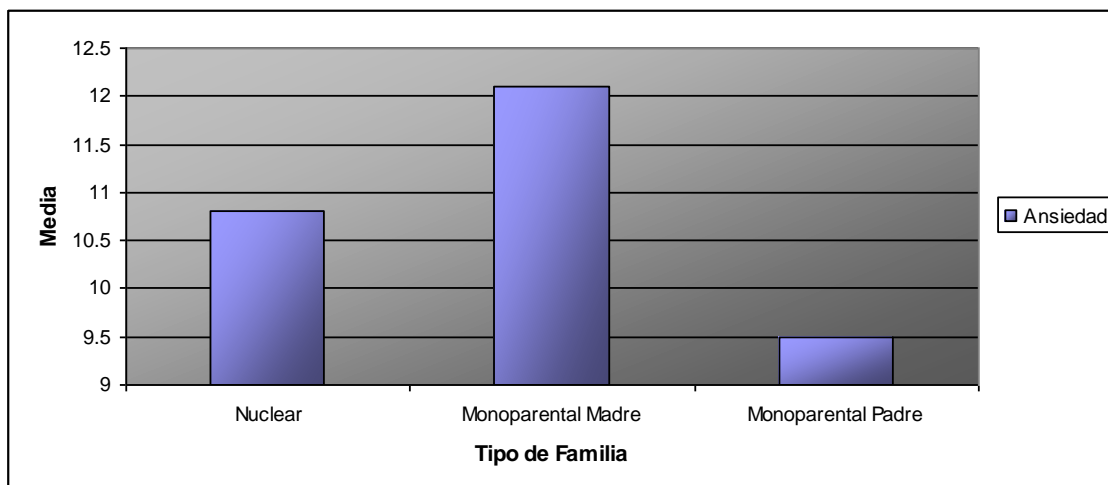


Figura 10. Ansiedad y tipo de familia del adolescente.

4.1.3.3 Conducta disocial adolescente.

4.1.3.3.1 Conducta disocial adolescente y edad.

En lo que concierne a conducta disocial y edad del adolescente, se pueden observar los resultados en la tabla 24 y Figura 11.

Tabla 24. Conducta disocial adolescente y edad.

Edad	Media Conducta Disocial	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
13	11,2	6,613	60	10
14	10,9	5,547	60	175
15	11,7	5,370	65	212
16	12,5	5,287	73	278
17	13,3	4,680	76	185
18	14,1	4,924	80	31
19	12,5	2,380	73	4
Total	-	-	-	895

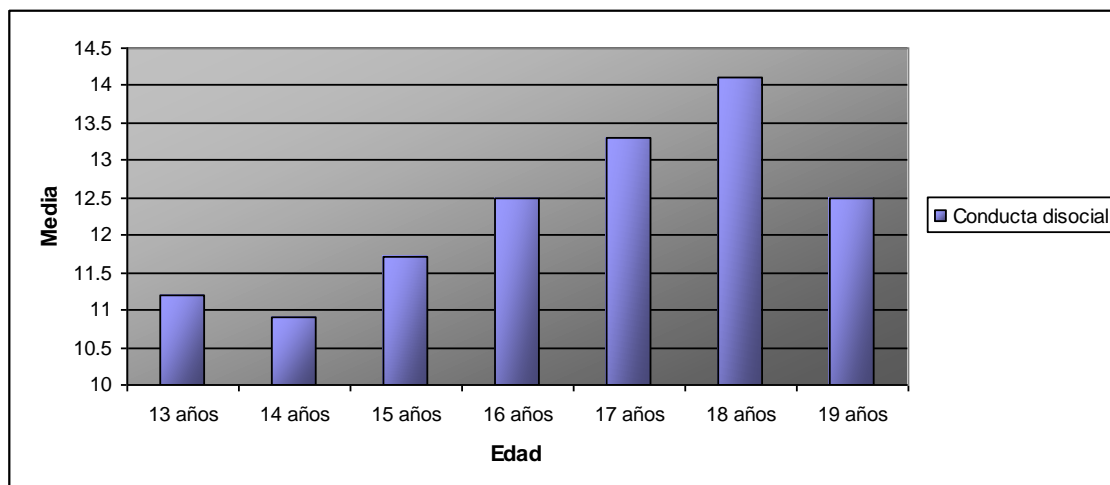


Figura 11. Conducta disocial y edad del adolescente.

Los resultados arrojan que los adolescentes de 13 años poseen una puntuación directa de 11,2 en la escala de conducta disocial; los adolescentes de 14 años poseen una puntuación directa de 10,9; los de 15 años una puntuación de 11,7; los estudiantes de 16 años una puntuación de 12,5; los de 17 años poseen una puntuación de 13,3; mientras que los adolescentes de 18 años poseen una puntuación directa de 14,1 y los de 19 años una puntuación de 12,5. Se evidencia una mayor presencia de conducta disocial en los adolescentes de 18 años ubicándose en el percentil 80; en el extremo opuesto, los adolescentes de 13 y 14 años son los que presentan menor conducta disocial, ubicándose su puntuación directa en el percentil 60. En general, la conducta disocial de los adolescentes en todas las edades es alta.

Para conocer si existe relación entre la conducta disocial y la edad del adolescente se utilizó el estadístico de Correlación de Pearson, encontrándose que $[r(n = 895) = 0.168^* p < 0.01]$ lo cual indica que la relación entre conducta disocial y edad adolescente es baja pero estadísticamente significativa (Rojas Soriano, 1998).

4.1.3.3.2 Conducta disocial adolescente y sexo.

En cuanto a la conducta disocial adolescente y el sexo al que pertenecen, a diferencia de lo encontrado en depresión y ansiedad, se observa que las mujeres presentan menor conducta disocial (11,7) que los hombres (12,7). Estos datos se muestran en la tabla 25 y Figura 12.

Tabla 25. Conducta disocial adolescente y sexo.

Sexo	Media Conducta Disocial	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
Mujer	11,7	5,186	65	434
Hombre	12,7	5,367	75	461
Total	-	-	-	895

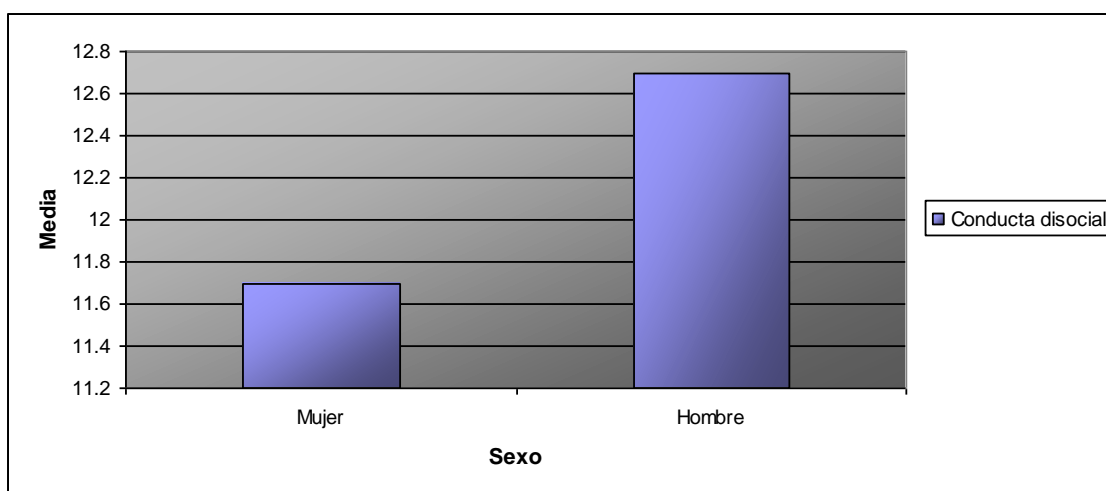


Figura 12. Conducta disocial y sexo del adolescente.

Tabla 26. Prueba T para la igualdad de medias del puntaje de conducta disocial de los adolescentes de ambos sexos.

		Prueba de Levene para la Igualdad de Varianzas		Prueba t para Igualdad de Medias		
		F	Sig.	T	Sig Bilateral	Diferencia de Medias
Disocial puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	2,829	0,455	-2,622	0,009	-0,926
	No se asume Igualdad de Varianzas			-2,625	0,009	-0,926

Se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron los jóvenes de ambos sexos en la escala de conducta disocial. En primer lugar, se realizó la prueba de Levene, en la que se asume que las varianzas son iguales si la probabilidad (sig.) asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05. Pero si es menor que 0.05 puede rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumirse que son distintas. En este caso se puede ver como se asume la igualdad de varianzas (ver tabla 26). Puesto que 0.009 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, entonces se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de conducta disocial de los adolescentes de ambos sexos.

4.1.3.3.3 Conducta disocial y tipo de familia del adolescente.

En lo referente a la conducta disocial y el tipo de familia del adolescente, la tabla 27 y Figura 13 muestran que los adolescentes con familia nuclear presentan una puntuación directa de 12,2 en la escala de conducta disocial; los adolescentes con

familia monoparental madre poseen una puntuación de 11,6 y los adolescentes con familia monoparental padre poseen una puntuación de 13,7.

Tabla 27. Conducta disocial adolescente y tipo de familia.

Tipo de Familia	Media Conducta Disocial	Desviación Típica	Percentil	# Sujetos
Nuclear	12,2	5,299	70	845
Monoparental Madre	11,6	5,124	65	39
Monoparental Padre	13,7	5,918	78	11
Total	-	-	-	895

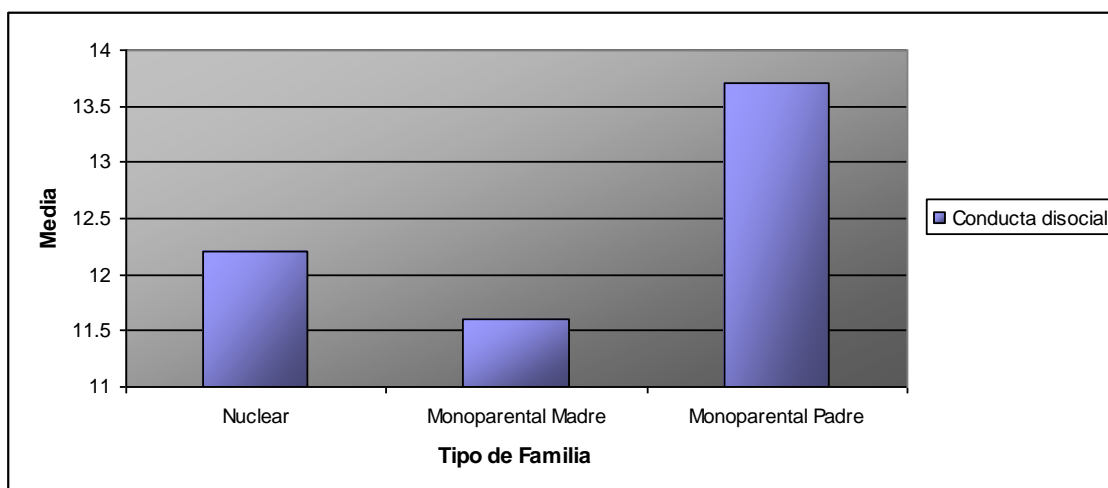


Figura 13. Conducta disocial y tipo de familia del adolescente.

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

4.2.1 Psicopatología adolescente y estilos de socialización parental.

Esta relación constituye el núcleo de la investigación, en consecuencia se ha dedicado un apartado concreto a cada una de las tres psicopatologías en estudio, a saber, depresión, ansiedad y conducta disocial en los adolescentes. En general, se ha utilizado

el mismo formato de presentación, destacando únicamente aquellos aspectos que se han considerado de mayor relevancia para el análisis y para la posterior interpretación.

4.2.1.1 Depresión y estilos de socialización parental.

Las medias aritméticas obtenidas en la escala de depresión correspondiente a los adolescentes que tienen padres autoritarios y negligentes se muestran a continuación en la Tabla 28. Puede observarse que la media en la escala de depresión de los adolescentes con padre autoritario es mayor que la de los adolescentes con padre negligente.

Tabla 28. Depresión y ESPA padre negligente y autoritario.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Depresión puntuación directa	Negligente	249	17,11	7,587
	Autoritario	121	21,95	9,340

Para determinar si existen diferencias significativas entre los adolescentes con padre negligente y padre autoritario se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de depresión los adolescentes participantes cuyos padres ejercen estos estilos de crianza. Antes de ello se realizó la prueba de Levene, en la que se asume que las varianzas son iguales si la probabilidad (sig.) asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05, pero si es menor que 0.05 puede rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumirse que son distintas. En este caso específico se puede ver como no se asume la igualdad de varianzas (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA padre negligente y autoritario.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Depresión puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	8,464	0,004	-5,329	0	-4,842
	No se asume Igualdad de Varianzas			-4,962	0	-4,842

En la casilla sig. bilateral se informa sobre el grado de compatibilidad existente entre la diferencia observada entre las medias muestrales de los grupos comparados y la hipótesis nula de que las medias poblacionales son iguales. Puesto que 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, entonces se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de depresión de los adolescentes cuyos padres son negligentes y aquellos con padres autoritarios.

Por lo tanto se acepta la H1:

Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con padre negligente.

Por otro lado, en lo concerniente a la relación entre la depresión adolescente y el estilo parental negligente y autorizativo del padre, se observa una mínima diferencia, tal y como se muestra en la tabla 30.

Tabla 30. Depresión y ESPA padre autorizativo y negligente.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Depresión puntuación directa	Autorizativo	180	16,92	6,863
	Negligente	249	17,11	7,587

Al igual que en el caso anterior, se aplicó la prueba t de student y se realizó la prueba de Levene, en la que se asume que las varianzas son iguales si la probabilidad (sig.) asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05. Pero si es menor que 0.05 puede rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumirse que son distintas. En este caso específico se puede ver como se asume la igualdad de varianzas (Ver Tabla 31).

Tabla 31. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA padre autorizativo y negligente.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Depresión puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	2,081	0,15	-0,261	0,794	-0,186
	No se asume Igualdad de Varianzas			-0,265	0,791	-0,186

En la casilla sig. bilateral se informa sobre el grado de compatibilidad existente entre la diferencia observada entre las medias muestrales de los grupos comparados y la hipótesis nula de que las medias poblacionales son iguales. Puesto que 0.794 es mayor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son compatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias. Entonces se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 144

diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de depresión de los adolescentes cuyos padres son negligentes y aquellos con padres autorizativos (Ver Tabla 31).

Por lo tanto se rechaza la H3:

Los adolescentes con padre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con padre autorizativo.

Luego, la comparación entre los estilos indulgente y negligente vinculados a la depresión se observan en la tabla 32. En este caso, la diferencia de medias es más grande, obteniendo mayores puntuaciones el estilo negligente.

Tabla 32. Depresión y ESPA padre indulgente y negligente.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Depresión puntuación directa	Indulgente	244	14,50	7,215
	Negligente	249	17,11	7,587

Tabla 33. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA padre indulgente y negligente.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Depresión puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	1,819	0,178	-3,917	0	-2,613
	No se asume Igualdad de Varianzas			-3,919	0	-2,613

A partir de la prueba de Levene se pudo determinar y asumir la igualdad de varianzas (tabla 33), y ya que 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias; en consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de depresión de los adolescentes cuyos padres son negligentes y los adolescentes con padres indulgentes.

Por lo tanto se acepta la H5:

Los adolescentes con padre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con padre indulgente.

Ahora bien, la tabla 34 muestra las medias en la escala de depresión en aquellos adolescentes con madre negligente y madre autoritaria, observándose una pequeña diferencia a favor del estilo materno autoritario.

Tabla 34. Depresión y ESPA madre negligente y autoritaria.

	Espa madre	N	Media	Desviación Estándar
Depresión puntuación directa	Negligente	109	18,12	8,113
	Autoritaria	81	20,89	9,357

De modo similar al realizado con los estilos de socialización paterno, se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de depresión los adolescentes cuyas madres son autoritarias y aquellos con madres negligentes, aplicándose inicialmente la prueba de Levene. En este caso se asume la igualdad de varianzas (ver tabla 35).

Tabla 35. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA madre negligente y autoritaria.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		Diferencia de Medias
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	
Depresión puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	2,444	0,12	-2,179	0,031	-2,77
	No se asume Igualdad de Varianzas			-2,134	0,034	-2,77

Debido a que 0.031 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias. Entonces se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de depresión de los adolescentes cuyas madres son autoritarias y aquellos con madres negligentes.

Por lo tanto se acepta la H2:

Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con madre negligente.

Luego, se presentan las medias en la escala de depresión de los adolescentes con madre autoritativa y madre negligente observándose una diferencia casi inexistente tal y como se muestra a continuación en la tabla 36.

Tabla 36. Depresión y ESPA madre autoritativa y negligente.

	Esma madre	N	Media	Desviación Estándar
Depresión puntuación directa	Autoritativa	299	18,06	7,813
	Negligente	109	18,12	8,113

El análisis a través de la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de depresión los adolescentes cuyas madres son negligentes y aquellos con madres autoritativas se observa en la tabla 37, así como la prueba de Levene, que en este caso específico permite asumir la igualdad de varianzas.

Tabla 37. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA madre autoritativa y negligente

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Depresión puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	0,317	0,574	-0,067	0,947	-0,059
	No se asume Igualdad de Varianzas			-0,066	0,948	-0,059

Puede afirmarse que los datos muestrales son compatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, ya que 0.947 es mayor que 0.05. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de depresión de los adolescentes cuyas madres son negligentes y aquellos cuyas madres son autoritativas.

Por lo tanto se rechaza la H4:

Los adolescentes con madre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con madre autorizativa.

Posteriormente, se establece la comparación en los puntajes de la escala de depresión entre los adolescentes con madre indulgente y los adolescentes con madre negligente. En este caso, la diferencia de medias a favor de los adolescentes con madres negligentes es mucho mayor que la de los adolescentes con madre indulgente (ver tabla 38).

Tabla 38. Depresión y ESPA madre indulgente y negligente.

	Esma madre	N	Media	Desviación Estándar
Depresión puntuación directa	Indulgente	312	14,65	7,402
	Negligente	109	18,12	8,113

Tabla 39. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Depresión y ESPA madre indulgente y negligente.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Depresión puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	1,209	0,272	-4,106	0	-3,469
	No se asume Igualdad de Varianzas			-3,929	0	-3,469

En la tabla 39 se observa el análisis de la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de depresión los adolescentes con madres indulgentes y los adolescentes con madres negligentes. También se muestra la prueba de Levene, que en este caso específico permite asumir la igualdad de varianzas. Como

0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, esto permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de depresión de los adolescentes con madre indulgente y los adolescentes con madre negligente.

Por lo tanto se acepta la H6:

Los adolescentes con madre negligente presentan mayores niveles de depresión que los adolescentes con madre indulgente.

Ahora bien, también se consideró pertinente analizar el comportamiento de la variable depresión en relación al estilo de socialización parental ejercido por los padres en función del sexo del hijo. En la tabla 40 y Figura 14 se observan las medias de depresión por sexo del adolescente y por los estilos de socialización parental correspondiente al padre.

Tabla 40. Depresión de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización del padre.

	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	Total
Hombre	16,54	13,64	16,25	21,13	16,18
Mujer	17,41	15,39	17,97	22,64	17,86

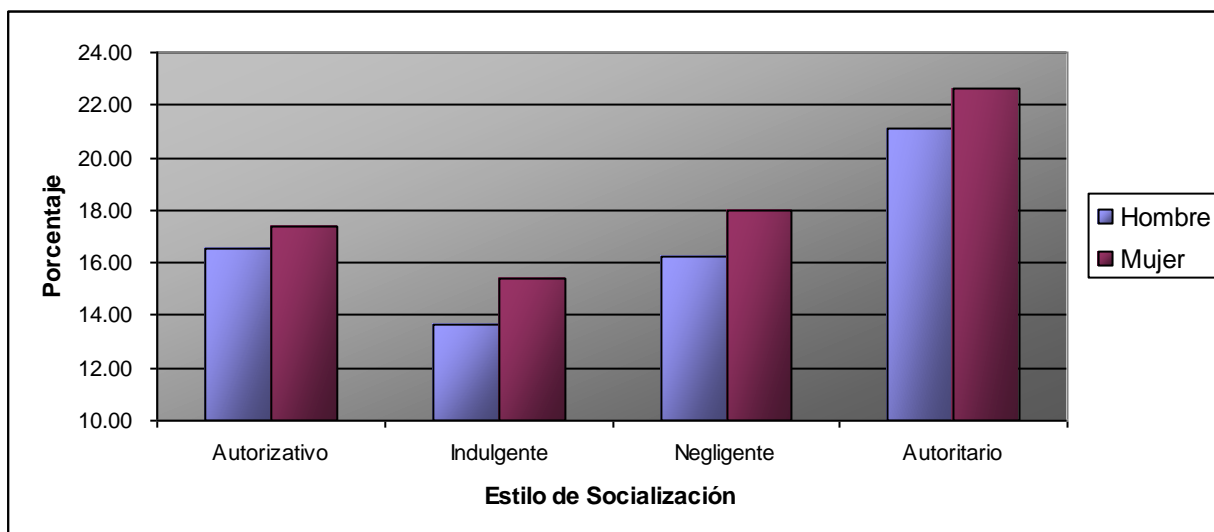


Figura 14. Depresión de los adolescentes por sexo y estilos de socialización del padre.

Tabla 41. Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESPA) en la variable depresión.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	4971.223(a)	7	710.175	12.302	.000
Intersección	224973.541	1	224973.541	3897.237	.000
SEXO	386.823	1	386.823	6.701	.010
ESPA_REC	4365.629	3	1455.210	25.209	.000
SEXO * ESPA_REC	25.120	3	8.373	.145	.933
Error	45430.696	787	57.726		
Total	279885.000	795			
Total corregida	50401.919	794			

a R cuadrado = .099 (R cuadrado corregida = .091)

Para conocer si existen diferencias significativas entre los estilos de socialización paterno y el sexo del adolescente para la variable depresión se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA), cuyo análisis arrojó una $F(3,791) = 0.145$, $p < 0.933$ tal y como se observa en la tabla 41. Debido a que 0.933 es mayor que 0.05 puede

afirmarse que no existen diferencias significativas entre los estilos de socialización paterno ejercido a cada sexo en la variable depresión adolescente.

Al igual que con el estilo de socialización paterno, en la tabla 42 y Figura 15 se observan las medias de depresión por sexo del adolescente y por los estilos de socialización parental correspondientes a la madre.

Tabla 42. Depresión de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización de la madre.

	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	Total
Hombre	17,65	14,05	15,86	20,31	16,28
Mujer	18,56	15,23	20,51	21,33	17,80

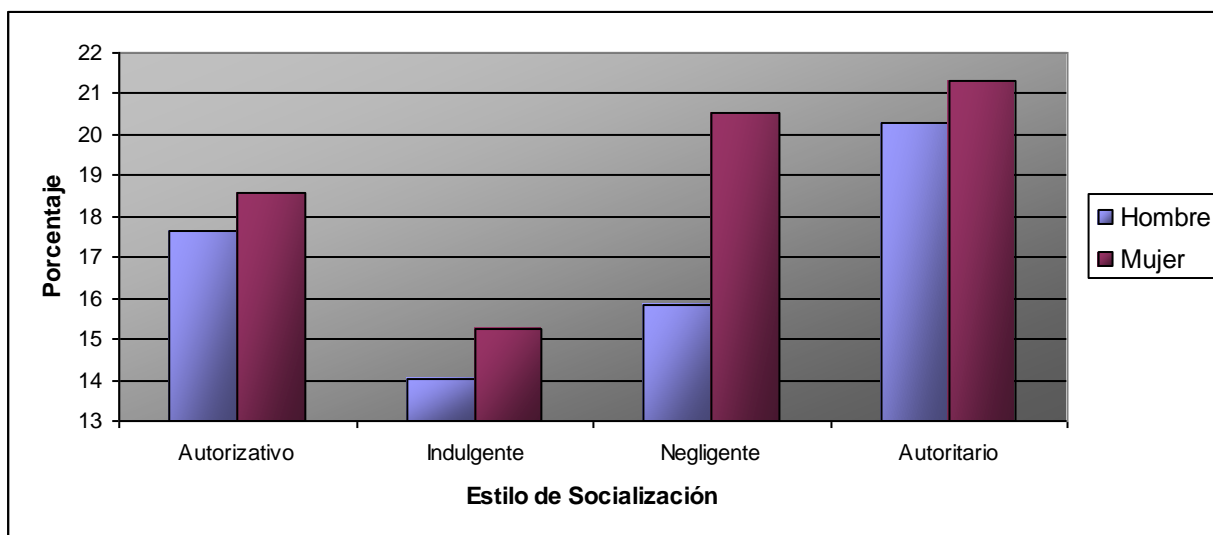


Figura 15. Depresión de los adolescentes por sexo y estilos de socialización de la madre.

Tabla 43. Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESMA) en la variable depresión.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	4200.923(a)	7	600.132	9.800	.000
Intersección	181630.814	1	181630.814	2965.873	.000
SEXO	532.229	1	532.229	8.691	.003
ESMA_REC	3411.742	3	1137.247	18.570	.000
SEXO * ESMA_REC	307.790	3	102.597	1.675	.171
Error	48563.526	793	61.240		
Total	284968.000	801			
Total corregida	52764.449	800			

a R cuadrado = .080 (R cuadrado corregida = .071)

Del mismo modo, para conocer si existen diferencias significativas entre los estilos de socialización materno y el sexo del adolescente para la variable depresión se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA), cuyo análisis arrojó una $F(3,797) = 1.675$, $p < 0.171$ tal y como se observa en la tabla 43. Debido a que 0.171 es mayor que 0.05 puede afirmarse que no existen diferencias significativas entre los estilos de socialización materno ejercidos a cada sexo en la variable depresión adolescente.

En conclusión, a nivel general e independientemente del sexo del adolescente los resultados en la variable depresión vinculados a los estilos de socialización parental del padre indican que hay mayores niveles de depresión en los adolescentes con padre autoritario, seguido del negligente, autoritativo e indulgente, aunque la diferencia entre el estilo negligente y autoritativo no es significativa (ver tabla 31).

En el caso del estilo de socialización parental materno, los resultados son similares al paterno. Las puntuaciones más altas en la escala de depresión corresponden a aquellos adolescentes con madre autoritaria, seguido de las madres negligentes, autoritativas e indulgentes, y, al igual, que en el caso paterno, la diferencia entre el

estilo negligente y autorizativo no es significativa (ver tabla 37). Las medias de depresión adolescente correspondientes a cada estilo paterno y materno se observan en la tabla 44 y Figura 16.

Tabla 44. Depresión adolescente y estilos de socialización paterno y materno.

	PADRE	MADRE
Estilo Autoritario	21,95	20,89
Estilo Autorizativo	16,92	18,06
Estilo Indulgente	14,50	14,65
Estilo Negligente	17,11	18,12

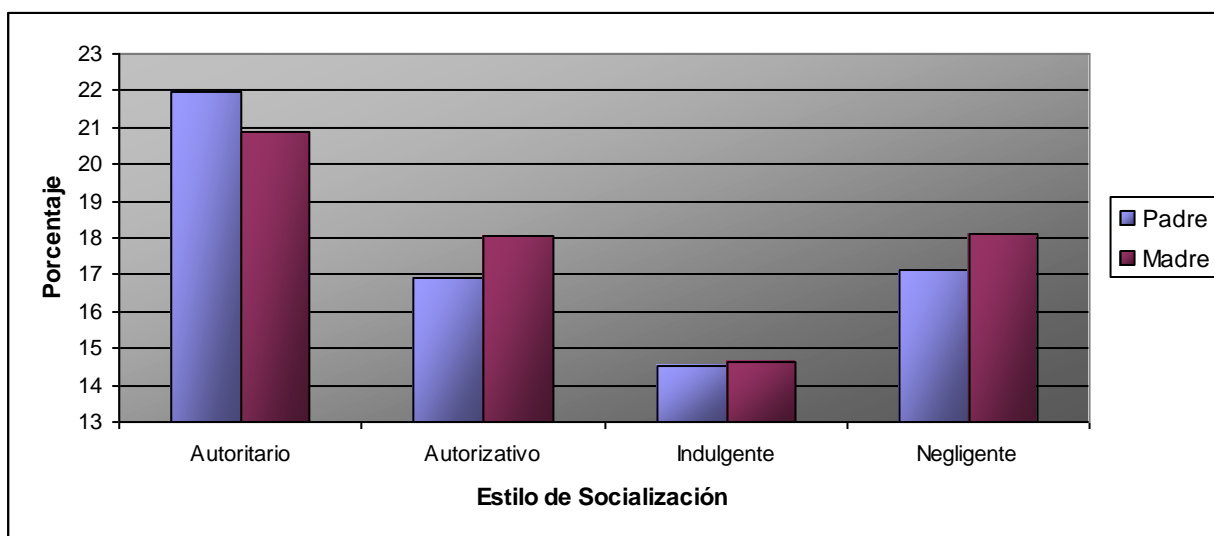


Figura 16. Depresión adolescente y estilos de socialización paterno y materno.

4.2.1.2 Ansiedad y estilos de socialización parental.

El esquema de presentación de los resultados correspondiente a la variable ansiedad vinculada a los estilos de socialización parental es similar al mostrado anteriormente en la variable depresión. Del mismo modo, los estadísticos utilizados

siguen siendo la prueba t de student y la prueba de Levene para determinar la igualdad de varianzas.

Inicialmente, se observan las medias de la escala de ansiedad en los adolescentes con padre autorizativo y autoritario, siendo mayor la del estilo paterno autoritario, tal y como se muestra en la tabla 45.

Tabla 45. Ansiedad y ESPA padre autorizativo y autoritario.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Ansiedad ptuac dir	Autorizativo	180	11,14	4,535
	Autoritario	121	12,71	4,901

La prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de ansiedad los adolescentes cuyos padres son autorizativos y aquellos con padres autoritarios se observa en la tabla 46. Antes se realizó la prueba de Levene, en la que se asume que las varianzas son iguales si la probabilidad (sig.) asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05., pero si es menor que 0.05 puede rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumirse que son distintas. En este caso específico se puede ver como se asume la igualdad de varianzas (ver tabla 46).

Tabla 46. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA padre autorizativo y autoritario.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Ansiedad ptuac dir	Se asume Igualdad de Varianzas	2,192	0,14	-2,854	0,005	-1,572
	No se asume Igualdad de Varianzas			-2,81	0,005	-1,572

En la casilla sig. bilateral se informa sobre el grado de compatibilidad existente entre la diferencia observada entre las medias muestrales de los grupos comparados y la hipótesis nula de que las medias poblacionales son iguales. Puesto que 0.005 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias. Entonces se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad de los adolescentes con padre autorizativo y los adolescentes con padre autoritario (ver tabla 46).

Por lo tanto se acepta la H7:

Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con padre autorizativo.

En lo que respecta a la relación entre los estilos paternos indulgente y autoritario vinculados a la ansiedad de los adolescentes, se observa una media más alta en los adolescentes cuyos padres ejercen un estilo parental autoritario (ver tabla 47).

Tabla 47. Ansiedad y ESPA padre indulgente y autoritario.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Ansiedad ptuac dir	Indulgente	244	9,74	4,685
	Autoritario	121	12,71	4,901

La prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de ansiedad los adolescentes con padre indulgente y aquellos con padre autoritario se muestran en la tabla 48, así como la prueba de Levene, que en este caso específico se puede ver como se asume la igualdad de varianzas.

Tabla 48. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA padre indulgente y autoritario.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Ansiedad ptuac dir	Se asume Igualdad de Varianzas	0,334	0,564	-5,62	0	-2,973
	No se asume Igualdad de Varianzas			-5,535	0	-2,973

Debido a que 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, por ello se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad de los adolescentes con padre indulgente y los adolescentes con padre autoritario.

Por lo tanto se acepta la H9:

Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con padre indulgente.

Ahora bien, la comparación entre las medias obtenidas en la escala de ansiedad correspondientes al estilo paterno negligente y autoritario evidencia una puntuación mayor en los adolescentes con padre autoritario (ver tabla 49).

Tabla 49. Ansiedad infantil y ESPA padre negligente y autoritario.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Ansiedad infantil ptuac dir	Negligente	249	10,45	4,990
	Autoritario	121	12,71	4,901

La prueba t de student y la prueba de Levene de las puntuaciones en la escala de ansiedad correspondiente a los estilos paternos negligente y autoritario se observa en la tabla 50. En este caso se asume la igualdad de varianzas.

Tabla 50. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad infantil y ESPA padre negligente y autoritario

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Ansiedad ptuac dir	Se asume Igualdad de Varianzas	0	0,992	-4,12	0	-2,265
	No se asume Igualdad de Varianzas			-4,145	0	-2,265

Como 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, en consecuencia, se

rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad de los adolescentes con padre negligente y aquellos con padre autoritario.

Por lo tanto se acepta la H11:

Los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con padre negligente.

Luego, los resultados que corresponden al estilo materno autoritativo y autoritario en relación a la ansiedad adolescente muestran una media mayor en los adolescentes con madre autoritaria, tal y como se observa en la tabla 51.

Tabla 51. Ansiedad y ESPA madre autoritativa y autoritaria.

	Espa madre	N	Media	Desviación Estándar
Ansiedad ptuac dir	Autoritativa	299	11,45	4,511
	Autoritaria	81	12,09	5,510

De igual forma, se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa en la escala de ansiedad que obtuvieron los adolescentes cuyas madres son autoritativas y aquellos con madre autoritaria, así como la prueba de Levene, que en este caso específico permite asumir la igualdad de varianzas (ver tabla 52).

Tabla 52. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA madre autorizativa y autoritaria.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Ansiedad ptuac dir	Se asume Igualdad de Varianzas	5,781	0,017	-1,075	0,283	-0,638
	No se asume Igualdad de Varianzas			-0,959	0,34	-0,638

Como 0.340 es mayor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son compatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, por ello se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad de los adolescentes con madre autorizativa y los adolescentes con madre autoritaria.

Por lo tanto se rechaza la H8:

Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con madre autorizativa.

Luego, en lo concerniente a la relación entre madre indulgente-madre autoritaria y la ansiedad adolescente se observa una mayor puntuación en la variable ansiedad en aquellos adolescentes con madre autoritaria (ver tabla 53).

Tabla 53. Ansiedad y ESPA madre indulgente y autoritaria.

	Espa madre	N	Media	Desviación Estándar
Ansiedad ptuac dir	Indulgente	312	9,83	4,780
	Autoritaria	81	12,09	5,510

Tabla 54. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA madre indulgente y autoritaria.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Ansiedad ptuac dir	Se asume Igualdad de Varianzas	3,432	0,065	-3,659	0	-2,253
	No se asume Igualdad de Varianzas			-3,366	0,001	-2,253

En la tabla 54 se muestra la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de ansiedad los adolescentes cuyas madres son indulgentes y los adolescentes con madre autoritaria, así como la prueba de Levene, que en este caso específico permite asumir la igualdad de varianzas.

Debido a que 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, entonces se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad de los adolescentes con madre indulgente y los adolescentes con madre autoritaria.

Por lo tanto se acepta la H10:

Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con madre indulgente.

Finalmente, en la tabla 55 se observan las medias en la escala de ansiedad adolescente correspondientes a los estilos de socialización materno negligente y autoritario. Se evidencia una mayor puntuación en los adolescentes con madre autoritaria, sin embargo, la diferencia es mínima.

Tabla 55. Ansiedad y ESPA madre negligente y autoritaria.

	Espa madre	N	Media	Desviación Estándar
Ansiedad infantil ptuac dir	Negligente	109	11,14	5,413
	Autoritaria	81	12,09	5,510

Nuevamente, al igual que en los casos anteriores se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa en la escala de ansiedad que obtuvieron los adolescentes con madre cuyas negligente y los adolescentes con madre autoritaria, además de la prueba de Levene que para este caso posibilita asumir la igualdad de varianzas (Ver Tabla 56).

Tabla 56. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Ansiedad y ESPA madre negligente y autoritaria.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Ansiedad ptuac dir	Se asume Igualdad de Varianzas	0,002	0,964	-1,186	0,237	-0,949
	No se asume Igualdad de Varianzas			-1,183	0,239	-0,949

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 162

Como 0.237 es mayor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son compatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias. Entonces se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de ansiedad de los adolescentes cuyas madres son negligentes y aquellos con madres autoritaria.

Por lo tanto se rechaza la H12:

Los adolescentes con madre autoritaria presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con madre negligente.

Ahora bien, también se consideró pertinente analizar el comportamiento de la variable ansiedad en relación al estilo de socialización parental ejercido por los padres en función del sexo del hijo. En la tabla 57 y Figura 17 se observan las medias de ansiedad por sexo del adolescente y por los estilos de socialización parental correspondiente al padre.

Tabla 57. Ansiedad de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización del padre.

	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	Total
Hombre	9,83	8,42	8,45	10,67	9,08
Mujer	12,81	11,13	12,63	14,41	12,51

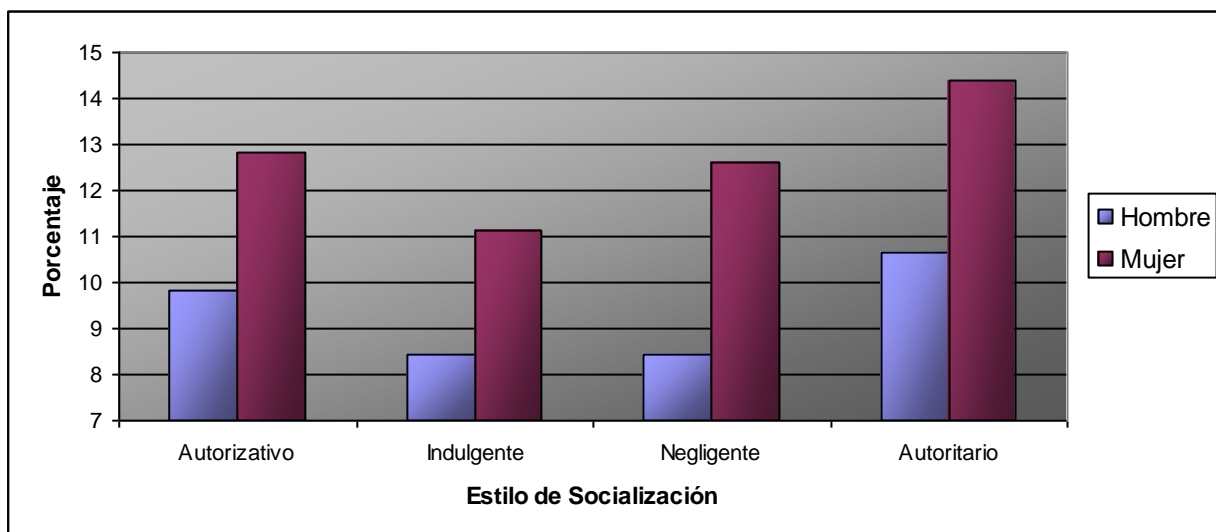


Figura 17. Ansiedad de los adolescentes por sexo y estilos de socialización del padre.

Tabla 58. Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESPA) en la variable ansiedad.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	3117.646(a)	7	445.378	22.289	.000
Intersección	88368.784	1	88368.784	4422.423	.000
SEXO	2097.875	1	2097.875	104.988	.000
ESPA_REC	686.628	3	228.876	11.454	.000
SEXO * ESPA_REC	78.946	3	26.315	1.317	.268
Error	15725.821	787	19.982		
Total	110431.000	795			
Total corregida	18843.467	794			

a R cuadrado = .165 (R cuadrado corregida = .158)

Para conocer si existen diferencias significativas entre los estilos de socialización paterno y el sexo del adolescente para la variable ansiedad se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA), cuyo análisis arrojó una $F(3,791) = 1.317, p < 0.268$ tal y como se observa en la tabla 58. Debido a que 0.268 es mayor que 0.05 puede

afirmarse que no existen diferencias significativas entre los estilos de socialización paterno ejercido a cada sexo en la variable ansiedad adolescente.

Al igual que con el estilo de socialización del padre, en la tabla 59 y Figura 18 se observan las medias de ansiedad por sexo del adolescente y por los estilos de socialización parental correspondientes a la madre.

Tabla 59. Ansiedad de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización de la madre.

	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	Total
Hombre	10,18	8,55	8,30	9,11	9,22
Mujer	12,99	11,07	14,13	14,35	12,53

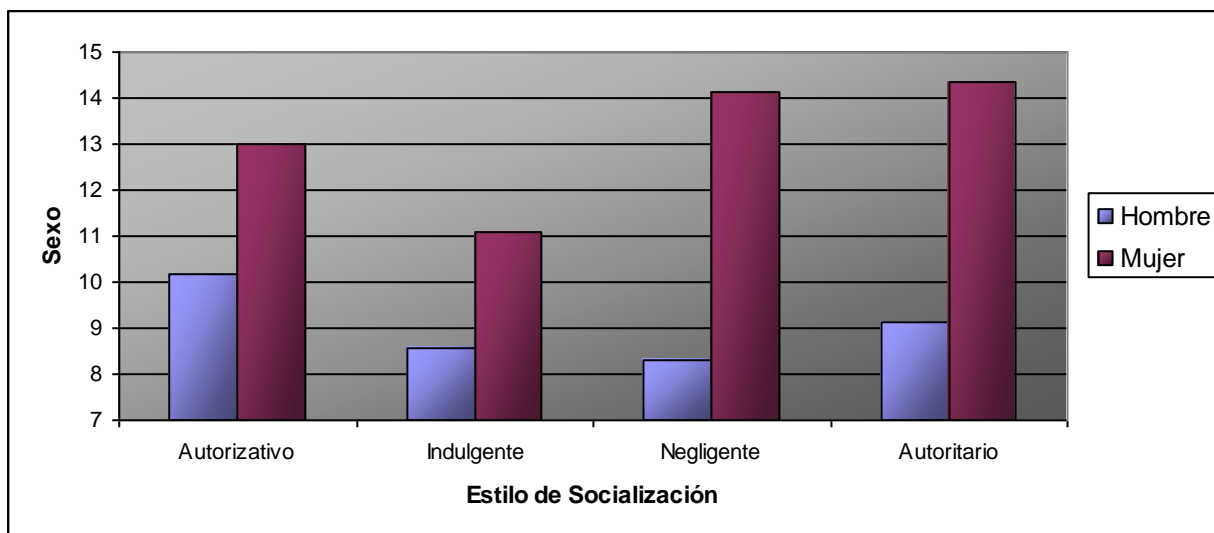


Figura 18. Ansiedad de los adolescentes por sexo y estilos de socialización de la madre.

Tabla 60. Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESMA) en la variable ansiedad.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	3113.986(a)	7	444.855	21.761	.000
Intersección	69378.010	1	69378.010	3393.817	.000
SEXO	2371.909	1	2371.909	116.028	.000
ESMA_REC	574.241	3	191.414	9.364	.000
SEXO * ESMA_REC	312.611	3	104.204	5.097	.002
Error	16210.878	793	20.442		
Total	113472.000	801			
Total corregida	19324.864	800			

a R cuadrado = .161 (R cuadrado corregida = .154)

Del mismo modo, para conocer si existen diferencias significativas entre los estilos de socialización materno y el sexo del adolescente para la variable ansiedad se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA), cuyo análisis arrojó una $F(3,797) = 5.097$, $p < 0.002$ tal y como se observa en la tabla 54. Debido a que 0.002 es menor que 0.05 puede afirmarse que existen diferencias significativas entre los estilos de socialización materno ejercido a cada sexo en la variable ansiedad adolescente.

En conclusión, a nivel general e independientemente del sexo de los adolescentes los resultados en la variable ansiedad vinculados a los estilos de socialización parental del padre indican que hay mayores niveles de ansiedad en los adolescentes con padre autoritario, seguido del autoritativo, negligente e indulgente (ver tabla 61 y Figura 19).

En el caso del estilo de socialización parental materno, los resultados son similares al paterno. Las puntuaciones más altas en la escala de ansiedad corresponden a aquellos adolescentes con madre autoritaria, seguido de las madres autoritativas, negligentes e indulgentes (ver tabla 61 y Figura 19).

Tabla 61. Ansiedad adolescente y estilos de socialización paterno y materno.

	PADRE	MADRE
Estilo Autoritario	12,71	12,09
Estilo Autorizativo	11,14	11,45
Estilo Indulgente	9,74	9,83
Estilo Negligente	10,45	11,14

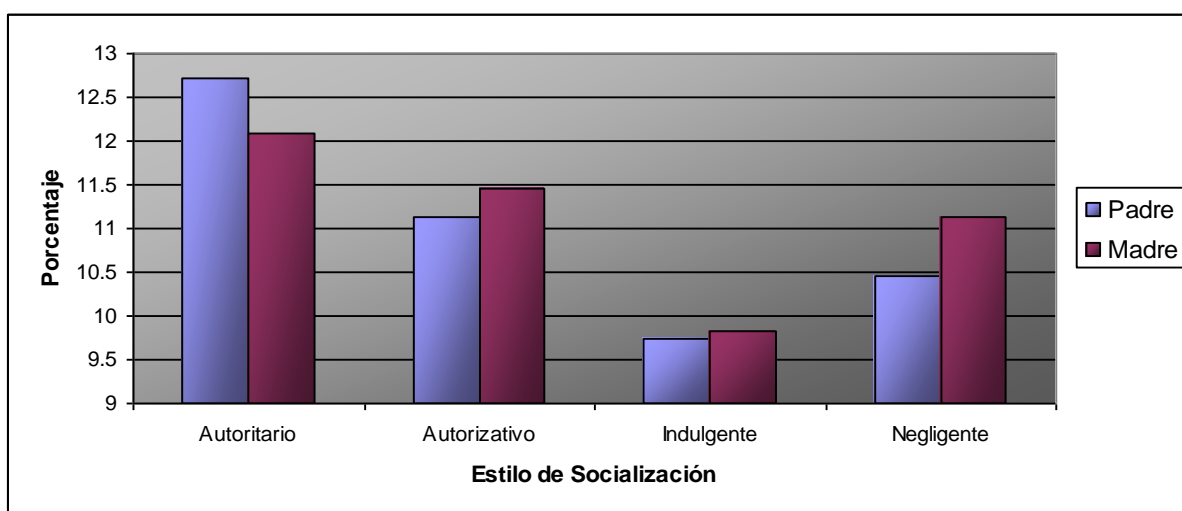


Figura 19. Ansiedad adolescente y estilos de socialización parental paterno y materno.

4.2.1.3 Conducta disocial y estilos de socialización parental.

De modo similar a lo plasmado en las variables anteriores, se mantiene el esquema de presentación de los resultados correspondiente a la variable conducta disocial vinculada a los estilos de socialización parental. Asimismo, los estadísticos utilizados siguen siendo la prueba t de student y la prueba de Levene para determinar la igualdad de varianzas.

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 167

Inicialmente, se observan las medias de la escala de conducta disocial en los adolescentes con padre indulgente y autoritario, siendo mayor la del estilo paterno autoritario, tal y como se muestra en la tabla 62.

Tabla 62. Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y autoritario.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Disocial puntuación directa	Indulgente	244	10,91	5,546
	Autoritario	121	13,72	4,803

Se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de conducta disocial los adolescentes cuyos padres son indulgentes y los adolescentes con padre autoritario, además, se realizó la prueba de Levene, en la que se asume que las varianzas son iguales si la probabilidad (sig.) asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05. Si es menor que 0.05 puede rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumirse que son distintas. En este caso específico se puede ver como no se asume la igualdad de varianzas (ver tabla 63).

Tabla 63. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y autoritario.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Disocial puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	4,896	0,028	-4,749	0	-2,805
	No se asume Igualdad de Varianzas			-4,984	0	-2,805

En la casilla sig. bilateral se informa sobre el grado de compatibilidad existente entre la diferencia observada entre las medias muestrales de los grupos comparados y la hipótesis nula de que las medias poblacionales son iguales. Puesto que 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias. Entonces se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de conducta disocial de los adolescentes cuyos padres son indulgentes y los adolescentes con padre autoritarios. Sin embargo, los adolescentes con padre autoritario presentan una media más alta, que es lo opuesto a lo esperado.

Por lo tanto se rechaza la H13:

Los adolescentes con padre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre autoritario.

Ahora bien, en lo concerniente a la conducta disocial presente en los adolescentes con padre autoritativo y padre indulgente, se observa una media más alta en aquellos con padre autoritativo, tal y como se observa en la tabla 64.

Tabla 64. Conducta Disocial y ESPA padre autoritativo e indulgente.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Disocial puntuación directa	Autoritativo	180	11,73	5,312
	Indulgente	244	10,91	5,546

Nuevamente, se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa en la escala de conducta disocial que obtuvieron los adolescentes con padre autoritativo y aquellos

con padre indulgente, así como la prueba de Levene, que en este caso específico nos permite darnos cuenta que no se asume la igualdad de varianzas (ver tabla 65).

Tabla 65. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA padre autorizativo e indulgente.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Disocial puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	0,965	0,327	1,52	0,129	0,814
	No se asume Igualdad de Varianzas			1,53	0,127	0,814

Se observa que 0.129 es mayor que 0.05, por lo que puede afirmarse que los datos muestrales son compatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, en consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de conducta disocial de los adolescentes cuyos padres son autorizativos y aquellos con padre indulgente.

Por lo tanto se rechaza la H15:

Los adolescentes con padre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre autorizativo.

Luego, la relación entre los estilos paterno indulgente y negligente con la variable conducta disocial se muestra en la tabla 66, en la cual puede observarse que la media es mayor en aquellos adolescentes con padre negligente.

Tabla 66. Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y negligente.

	ESPA padre	N	Media	Desviación Estándar
Disocial puntuación directa	Indulgente	244	10,91	5,546
	Negligente	249	13,15	4,918

Tabla 67. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA padre indulgente y negligente.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Disocial puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	6,168	0,013	-4,735	0	-2,235
	No se asume Igualdad de Varianzas			-4,73	0	-2,235

Posteriormente, en la tabla 67 se evidencia la aplicación de la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de conducta disocial los adolescentes cuyos padres son indulgentes y aquellos con padres negligentes. También se realizó la prueba de Levene, pudiéndose determinar que en este caso no se asume la igualdad de varianzas.

Como 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, por ello se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de conducta disocial de los adolescentes con padre indulgente y los adolescentes con padre negligente, sin embargo, la diferencia de medias es en el lado opuesto al esperado.

Por lo tanto se rechaza la H17:

Los adolescentes con padre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre negligente.

En lo que respecta a los estilos de socialización materno, inicialmente se muestra la comparación entre el estilo indulgente y autoritario (ver tabla 68), observándose una mayor puntuación en la escala de conducta disocial en adolescentes cuyas madres poseen un estilo de socialización autoritario.

Tabla 68. Conducta Disocial y ESPA madre indulgente y autoritaria.

	Espa madre	N	Media	Desviación Estándar
Disocial puntuación directa	Indulgente	312	11,32	5,411
	Autoritaria	81	13,43	4,850

Al igual que en el caso paterno, se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de conducta disocial los adolescentes con madre indulgente y aquellos con madres autoritaria, además, se realizó la prueba de Levene, que para este caso concreto nos permite asumir la igualdad de varianzas (ver tabla 69).

Tabla 69. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA madre indulgente y autoritaria.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Disocial puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	2,218	0,137	-3,189	0,002	-2,108
	No se asume Igualdad de Varianzas			-3,401	0,001	-2,108

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 172

Como 0.002 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias. Entonces se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de conducta disocial de los adolescentes cuyas madres son indulgentes y aquellos con madre autoritarias, sin embargo, el resultado arrojado es opuesto al esperado ya que la puntuación es mayor en los adolescentes con madre autoritaria.

Por lo tanto se rechaza la H14:

Los adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre autoritaria.

Ahora bien, en lo concerniente al estilo materno autorizativo e indulgente en relación a la conducta disocial adolescente, se observa una media mayor en los adolescentes con madre autoritativa (ver tabla 70).

Tabla 70. Disocial y ESPA madre autorizativa e indulgente.

	Espa madre	N	Media	Desviación Estándar
Disocial puntuación directa	Autoritativa	299	12,23	5,227
	Indulgente	312	11,32	5,411

Tabla 71. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Disocial y ESPA madre autorizativa e indulgente.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	T	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Disocial puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	0,554	0,457	2,114	0,035	0,91
	No se asume Igualdad de Varianzas			2,115	0,035	0,91

Posteriormente, en la tabla 71 se observa la aplicación de la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de conducta disocial los adolescentes cuyas madres son autorizativas y aquellos con madre indulgente, así como la prueba de Levene, que en este caso específico nos permite asumir la igualdad de varianzas.

Debido a que 0.035 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, en consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de conducta disocial de los adolescentes con madre autorizativa y aquellos con madre indulgente, sin embargo, el resultado es el opuesto al esperado, ya que los adolescentes con madre autorizativa presentan una mayor puntuación.

Por lo tanto se rechaza la H16:

Los adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre autorizativa.

Finalmente, la comparación de las medias obtenidas en la escala de conducta disocial en los adolescentes con madre indulgente y aquellos con madre negligente se muestra en la tabla 72. En esta se evidencia una mayor puntuación en los adolescentes con madre negligente.

Tabla 72. Conducta Disocial y ESPA madre indulgente y negligente.

	Esma madre	N	Media	Desviación Estándar
Disocial puntuación directa	Indulgente	312	11,32	5,411
	Negligente	109	13,61	5,061

Luego, se aplicó la prueba t de student a la puntuación directa que obtuvieron en la escala de conducta disocial los adolescentes cuyas madres son indulgentes y aquellos con madre negligente, además de la prueba de Levene, que en esta ocasión nos permite asumir la igualdad de varianzas (ver tabla 73).

Tabla 73. Prueba T para la igualdad de Medias del Puntaje de Conducta Disocial y ESPA madre indulgente y negligente.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. Bilateral	Diferencia de Medias
Disocial puntuación directa	Se asume Igualdad de Varianzas	1,177	0,279	-3,868	0	-2,291
	No se asume Igualdad de Varianzas			-3,995	0	-2,291

Como 0.000 es menor que 0.05 puede afirmarse que los datos muestrales son incompatibles con la hipótesis nula de la igualdad de medias, en consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia significativa entre las medias del puntaje de la escala de conducta disocial de los adolescentes cuyas madres son indulgentes y los que tienen madre negligentes, sin embargo, el resultado es opuesto al esperado ya que la puntuación más alta corresponde a los adolescentes con madre negligente.

Por lo tanto se rechaza la H18:

Los adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre negligente.

Por otro lado, también se consideró pertinente analizar el comportamiento de la variable conducta disocial en relación al estilo de socialización parental ejercido por los padres en función del sexo del hijo. En la tabla 74 y Figura 20 se observan las medias de conducta disocial por sexo del adolescente y por los estilos de socialización parental correspondiente al padre.

Tabla 74. Conducta disocial de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización del padre.

	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	Total
Hombre	11,86	11,66	13,44	14,78	12,69
Mujer	11,56	10,13	12,79	12,83	11,72

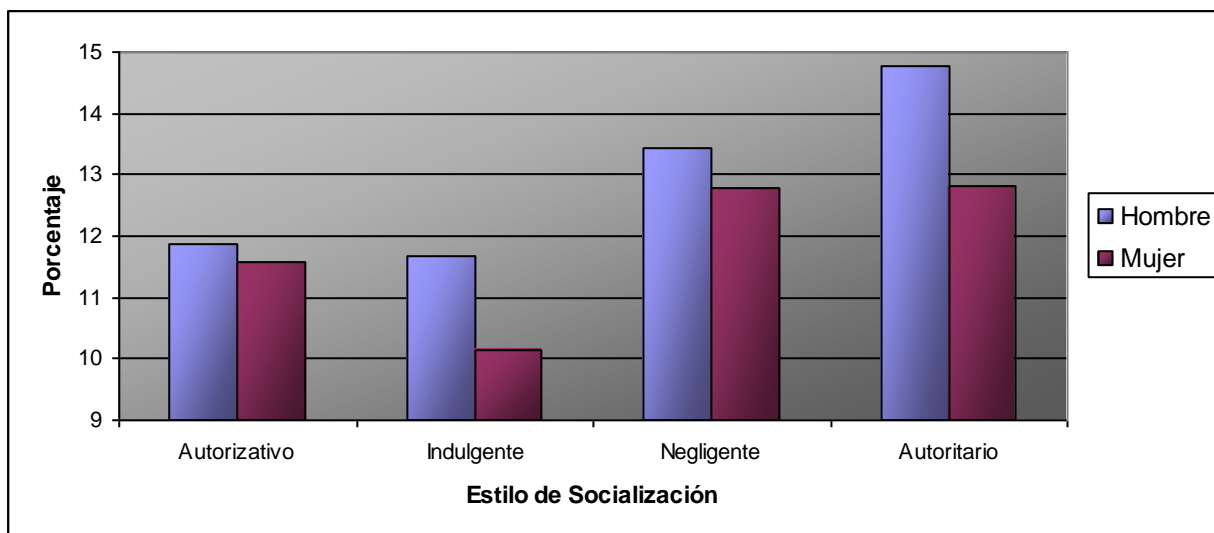


Figura 20. Conducta disocial de los adolescentes por sexo y estilos de socialización del padre.

Tabla 75. Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESPA) en la variable conducta disocial.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1226.138(a)	7	175.163	6.554	.000
Intersección	111089.884	1	111089.884	4156.714	.000
SEXO	222.967	1	222.967	8.343	.004
ESPA_REC	976.777	3	325.592	12.183	.000
SEXO * ESPA_REC	73.507	3	24.502	.917	.432
Error	21032.898	787	26.725		
Total	141002.000	795			
Total corregida	22259.036	794			

a R cuadrado = .055 (R cuadrado corregida = .047)

Para conocer si existen diferencias significativas entre los estilos de socialización paterno y el sexo del adolescente para la variable conducta disocial se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA), cuyo análisis arrojó una $F(3,791) = 0.917$, $p < 0.432$ tal y como se observa en la tabla 75. Debido a que 0.432 es mayor que 0.05 puede afirmarse que no existen diferencias significativas entre los estilos de socialización paterno ejercido a cada sexo en la variable ansiedad adolescente.

Al igual que con el estilo de socialización del padre, en la tabla 76 y Figura 21 se observan las medias de conducta disocial por sexo del adolescente y por los estilos de socialización parental correspondientes a la madre.

Tabla 76. Conducta disocial de los adolescentes por sexo en relación a los estilos de socialización de la madre.

	Autorizativo	Indulgente	Negligente	Autoritario	Total
Hombre	12,53	11,69	14,43	14,51	12,65
Mujer	11,87	10,97	12,75	12,61	11,71

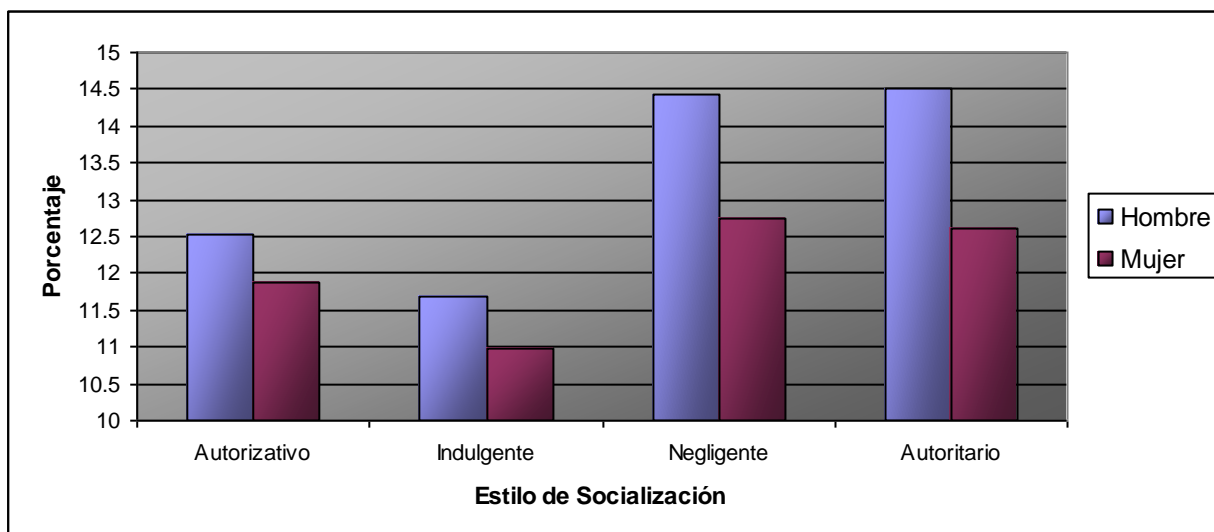


Figura 21. Conducta disocial adolescente por sexo y estilos de socialización de la madre.

Tabla 77. Prueba ANOVA para los efectos inter-sujetos (sexo/ESMA) en la variable conducta disocial.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	802.198(a)	7	114.600	4.193	.000
Intersección	90647.421	1	90647.421	3316.522	.000
SEXO	217.021	1	217.021	7.940	.005
ESMA_REC	593.870	3	197.957	7.243	.000
SEXO * ESMA_REC	42.771	3	14.257	.522	.668
Error	21674.337	793	27.332		
Total	141473.000	801			
Total corregida	22476.534	800			

a R cuadrado = .036 (R cuadrado corregida = .027)

Del mismo modo, para conocer si existen diferencias significativas entre los estilos de socialización materno y el sexo del adolescente para la variable conducta disocial se utilizó un Análisis de Varianza (ANOVA), cuyo análisis arrojó una $F(3,797) = 0.522$, $p < 0.668$ tal y como se observa en la tabla 77. Debido a que 0.668 es mayor que 0.05 puede afirmarse que no existen diferencias significativas entre los

CAPÍTULO CUARTO – RESULTADOS 178

estilos de socialización materno ejercido a cada sexo en la variable depresión adolescente.

En resumen, a nivel general e independientemente del sexo del adolescente los resultados en la variable conducta disocial vinculados a los estilos de socialización parental del padre indican que hay mayores niveles de conducta disocial en los adolescentes con padre autoritario, seguido del negligente, autorizativo e indulgente (ver tabla 78 y Figura 22).

En el caso del estilo de socialización parental materno, los resultados presentan algunas variaciones con respecto al paterno. Las puntuaciones más altas en la escala de conducta disocial corresponden a aquellos adolescentes con madre negligente, seguido de las madres autoritarias, autorizativas e indulgentes (ver tabla 78 y Figura 22).

Tabla 78. Conducta disocial adolescente y estilos de socialización paterno y materno.

	PADRE	MADRE
Estilo Autorizativo	11,73	12,23
Estilo Indulgente	10,91	11,32
Estilo Negligente	13,15	13,61
Estilo Autoritario	13,72	13,43

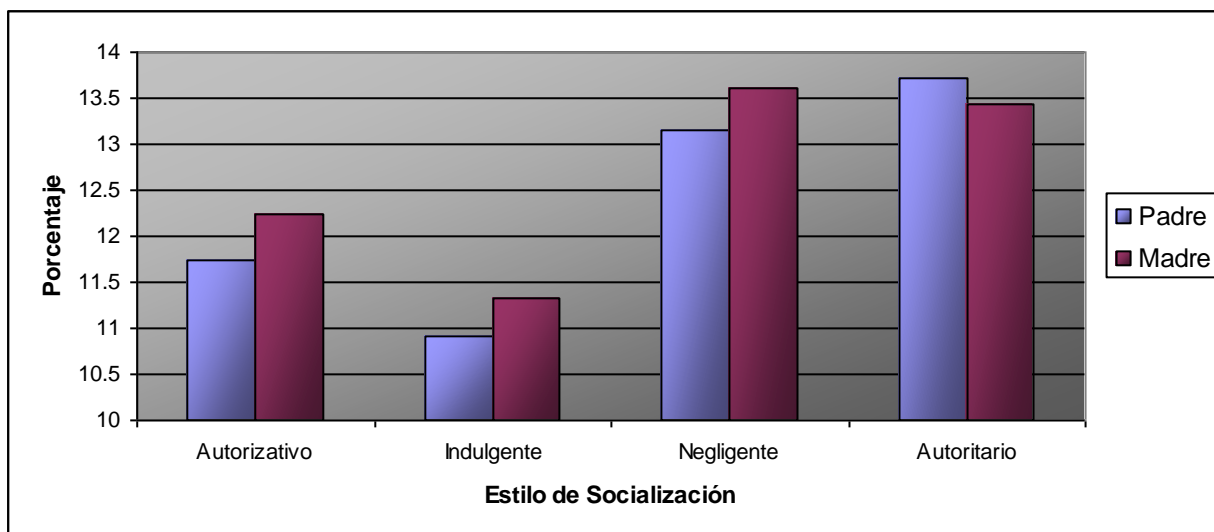


Figura 22. Conducta disocial adolescente y estilos de socialización paterno y materno.

4.2.2 Co-morbilidad entre psicopatología adolescente.

Para confirmar el vínculo entre las psicopatologías internalizantes objetos de estudio, se utilizó el estadístico de Correlación de Pearson a la puntuación directa de las escalas de depresión y ansiedad, obteniéndose $[r (n = 895) = 0.56 p < 0.01]$. Este coeficiente de correlación es significativo y tiene un 99% de confianza e indica que la magnitud encontrada entre depresión y ansiedad es moderada (Rojas Soriano, 1998).

Por lo tanto, se acepta la H19:

Existe relación entre depresión y ansiedad adolescente.

Por otro lado, a pesar de no ser un objeto de interés fundamental, se utilizó el estadístico de Correlación de Pearson para la conducta disocial y la depresión adolescente, obteniéndose $[r (n = 895) = 0.2 p < 0.01]$, lo cual refleja que la relación

entre conducta disocial y depresión es baja con una magnitud débil (Rojas Soriano, 1998).

Finalmente, también se aplicó la Correlación de Pearson a la conducta disocial y la ansiedad adolescente, obteniéndose [$r (n = 895) = 0.14 p < 0.01$], lo que evidencia una relación entre conducta disocial y ansiedad muy baja con magnitud débil (Rojas Soriano, 1998).

En conclusión, los resultados indican una correlación positiva y significativa entre las psicopatologías internalizantes objeto de estudio, a saber, depresión y ansiedad, tal y como se había hipotetizado.

CAPÍTULO QUINTO

DISCUSIÓN

5.1 Familia y estilos de socialización parental

5.2 Psicopatología adolescente

5.3 Psicopatología adolescente y estilos de socialización parental

5.3.1 Depresión adolescente y estilos de socialización parental

5.3.2 Ansiedad adolescente y estilos de socialización parental

5.3.3 Conducta disocial adolescente y estilos de socialización parental

5.4 Sobre el estilo de socialización más sano e insano

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN.

En este capítulo se harán reflexiones e interpretaciones sobre los hallazgos encontrados, desde la parte descriptiva hasta la inferencial, siendo esta última la que constituye el núcleo de la investigación.

5.1 FAMILIA Y ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL.

Los resultados arrojan datos muy interesantes, el primero de ellos hace referencia a los porcentajes sobre los diferentes tipos de familia, que en este caso únicamente se han considerado familias nucleares, monoparentales-padre y monoparentales-madre.

Es llamativo que el 94.4% de las familias de los adolescentes que constituyen la muestra total sean nucleares (ver tabla 6) con muy poca presencia de familias monoparentales, aunque hay que señalar que no se tomaron en cuenta familias de nuevo tipo como las reconstituídas (Alberdi, 1999) ya que esto desviaba la atención de los objetivos principales del estudio. En cualquier caso, lo relevante es que la mayoría de los adolescentes vizcaínos seleccionados tienen influencia directa en la crianza de padres y madres o de figura paterna y materna, lo cual genera diversos matices de responsabilidad parental, otorgándole excesivo protagonismo a las madres ya que éstas parecen ser las responsables directas de la crianza de los hijos.

En esta vía, es prácticamente imposible dejar de resaltar que el estilo de socialización paterno más frecuente es el negligente, seguido del indulgente (ver tabla 9), por las múltiples consecuencias que esto conlleva. ¿Qué significa que el estilo de

socialización predominante en los padres sea el negligente? Significa que la mayoría de padres no se involucran en la crianza de sus hijos adolescentes, hay baja aceptación/implicación y baja coerción/imposición, es decir, que no se caracterizan por brindar calor emocional y afecto a sus hijos, ni tampoco por el ejercicio del control y el establecimiento de límites con ellos.

Este resultado predice y pronostica diversos efectos negativos en los hijos (Gruner y otros, 1999; Pardini y Loeber, 2008), la negligencia paterna está asociada a baja autoestima, poca motivación de logro, bajo rendimiento escolar y a una gran cantidad de perjuicios más (Sang y otros, 2006; Spera, 2006) aparte de las psicopatologías en estudio. Por lo tanto, no es de extrañar que los niveles de conducta disocial en los adolescentes sean altos (ver tabla 24 y 25), ya que ante la displicencia paterna es lo menos que podría esperarse. Este dato confirma lo que algunos sociólogos y psicólogos familiares sostienen al criticar y analizar la situación de la familia actual, en concreto, al reflexionar sobre el rol del padre en la actualidad, el cual denominan como periférico (Jiménez Godoy, 2005). Un padre con estilo de socialización parental negligente es un padre periférico.

Por otro lado, el estilo de socialización materno más frecuente es el indulgente, seguido del autoritativo (ver tabla 9), lo cual indica que las madres son las principales benefactoras de afecto en los hijos, además de ser las responsables de la disciplina y el control de los mismos. Este hallazgo coincide con estudios previos acerca de la atribución de roles parentales, se ha encontrado que los adolescentes españoles atribuyen a sus madres las funciones de cuidado, crianza y tareas del hogar; y a sus padres el mantenimiento económico y la ayuda (Rodríguez Suárez, Triana Pérez y

Hernández García, 2005). En pocas palabras, las responsables de la crianza de los adolescentes son las madres.

Todo esto evidencia un mantenimiento de roles de género tradicionales. Actualmente se habla mucho sobre los cambios en el rol de la mujer del siglo XXI (Beck-Gernsheim, 2003; Chirinos, 2007; Elzo, 2004), pero esta área no parece ser la más representativa de dicho cambio, la crianza de los hijos sigue siendo una labor de las madres, no de los padres. La conducta paterna refuerza el protagonismo materno, si el padre es negligente, ¿quién se hace cargo de los hijos? Por simple exclusión la madre, de lo contrario los hijos quedarían a la deriva, todo ello unido a un factor ideológico que a través de la historia ha hecho que el papel fundamental de la mujer sea en el hogar.

En cuanto al sexo de los hijos, los resultados indican que la negligencia e indulgencia paterna es igual en las chicas que en los chicos (ver tabla 12); de igual forma, la madre es indulgente y autoritativa de modo similar en mujeres y hombres adolescentes (ver tabla 13). El dato a destacar es el concerniente a la aplicación del estilo autoritario, que es el menos ejercido tanto por padres como por madres, sin embargo, ambos progenitores son mayoritariamente autoritarios cuando su vástago es mujer y no hombre. ¿Por qué los padres y madres son más autoritarios con las chicas que con los chicos? Una vez más, la explicación está en la concepción tradicional sobre los roles de género, a las chicas se les suele imponer más límites que a los chicos, se les exige más y se les tolera menos.

5.2 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE.

En cuanto a la depresión adolescente, los resultados arrojan los más altos niveles de depresión en los adolescentes de 18 y 19 años, sin embargo, el número de sujetos encuestados en estas edades es muy bajo en comparación con el resto de edades (ver tabla 16), por lo que la muestra de adolescentes de 18 y 19 años no es representativa. En cualquier caso, el coeficiente de Correlación de Pearson correspondiente a la edad y depresión de los adolescentes (0.029) es muy bajo y no es significativo, por lo que no puede afirmarse taxativamente que la depresión aumenta con la edad.

Donde si se encuentran diferencias significativas es en los niveles de depresión por sexos, las chicas presentan significativamente más altos niveles de depresión que los chicos. Estos resultados coinciden con la mayoría de los hallazgos sobre diferencias de sexos y psicopatología, se sabe que a diferentes edades las mujeres generalmente presentan más altos puntajes de depresión que los hombres (Adewuya y otros, 2007; Grabe y otros, 2007), por lo que no es un dato sorprendente. Si es llamativo que la depresión parece cebarse con los hijos pertenecientes a familias monoparentales-padre (ver tabla 19), es decir, que viven sólo con su padre, pero la cantidad de adolescentes con este tipo de familia es muy pequeña por lo que la muestra no es representativa.

Similares resultados a la depresión son los encontrados en la ansiedad adolescente, aunque en general, los niveles de ansiedad son más bajos que los de depresión. La Correlación de Pearson señala que existe una relación negativa débil entre edad y ansiedad adolescente cercana a cero (-0.008) por lo que la relación entre ambas variables es casi inexistente. Por el contrario, sí existen diferencias significativas en la

ansiedad en relación al sexo, las mujeres presentan significativamente mayores niveles de ansiedad que los hombres.

Las diferencias significativas en los estudios sobre sexo y psicopatología adolescente coinciden con los hallazgos, las mujeres presentan mayor sintomatología internalizante que los hombres en la mayoría de estudios (Caballo y Simón, 2000; Li y otros, 2008). Los motivos de estas diferencias apuntan en dos vías. Por un lado, se habla de una predisposición genética hereditaria de la mujer que la hace más vulnerable a la psicopatología internalizante como la depresión y ansiedad (Marcotte, 1996); y por otro, se hace referencia a que las mujeres son más vulnerables a vivir sus malestares internamente porque el proceso de socialización sexual las educa para ello, de modo que son los patrones actitudinales establecidos por la cultura los que favorecen esta mayor incidencia (Caballo y Simón, 2000; Grabe y otros, 2007).

Ambos planteamientos merecen atención, ya que ni uno ni otro se ha descartado por completo, posiblemente sea la interacción de ambos factores los que determinen dicho comportamiento. Además, el Coeficiente de Correlación de Pearson indica que existe una correlación moderada entre depresión y ansiedad adolescente (0.56), existiendo comorbilidad en ambas patologías, por lo que no es de extrañar que si las mujeres presentan mayores puntajes en depresión también lo harán en ansiedad. Muchos estudios apoyan este vínculo entre depresión y ansiedad (Anderson y Hope, 2008; Hirshfeld-Becker y otros, 2008; Starr y Davila, 2008), ambos forman parte de lo que algunos denominan afecto negativo, que en muchas ocasiones implica una sintomatología ansioso-depresiva combinada (Sandín, 1997; Watson y Tellengen, 1985).

CAPÍTULO QUINTO – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 187

Luego, los resultados concernientes a la conducta disocial adolescente difieren de las variables anteriores. Para comenzar, los adolescentes presentan altos niveles de conducta disocial en todas las edades, ubicándose en el percentil 60 los de menor puntuación (ver tabla 24), y la Correlación de Pearson entre edad y conducta disocial es baja (0.168) pero estadísticamente significativa, lo que se traduce como una leve tendencia de incremento en los niveles de conducta disocial con la edad del adolescente. Y en efecto, los adolescentes tardíos (17-19 años) suelen sentirse más adultos que los adolescentes intermedios y tempranos, por lo que soportan y toleran menos los límites y normas que la sociedad les impone (Peralbo, 2009; Ruano y Serrá, 2001).

En consonancia con los antecedentes (Conseur y otros, 1997; Del Barrio Gándara y otros, 2009; Lounds y otros, 2006), los hombres presentan significativamente mayores niveles de conducta disocial que las mujeres (ver tabla 25 y 26), por lo que los hallazgos al respecto son los esperados, empero, es importante resaltar que ambos sexos presentan altos puntajes en conducta disocial, la media de las mujeres se ubica en el percentil 65 (ver tabla 25). Este dato puede interpretarse como una tendencia de las adolescentes a tener un protagonismo similar al de los hombres, como apunta Chávez (2008) al hablar de las conductas disociales de los adolescentes actuales; sin embargo, también puede ser una consecuencia de la excesiva indulgencia, permisividad y bajos niveles de control que prevalece como estilo de socialización predominante en las familias de estos jóvenes, ya que la falta de autoridad es considerada por muchos expertos como la causa principal de conductas desadaptativas y trastornos de conducta en general en los hijos (Bernal Martínez de Soria y Gualandi, 2009).

5.3 PSICOPATOLOGÍA ADOLESCENTE Y ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL.

La hipótesis principal que subyace a esta investigación sostiene que existe relación entre la psicopatología adolescente y el estilo de socialización parental adolescente, entendiendo por psicopatología adolescente el conjunto de síntomas mentales o alteraciones de la vida psíquica presentes en los adolescentes, tomándose como referente tres psicopatologías, dos internalizantes y una externalizante, a saber, depresión, ansiedad y conducta disocial.

Los estilos de socialización parental son aquellas formas características que tienen los padres de ayudarles a los hijos a configurar su identidad personal, así como a asimilar y adquirir los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales propios de la cultura y sociedad a la que se pertenece. En esta investigación se ha utilizado como referente conceptual los estilos de socialización parental propuestos por Baumrind (1967, 1971a), Maccoby y Martin (1983) y Lamborn y otros (1991), que son los estilos autoritario, autorizativo, indulgente y negligente.

Son relativamente pocas las investigaciones previas que relacionan explícitamente los estilos de socialización parental con la psicopatología adolescente, la mayoría se ha centrado en aspectos como logro, autoestima y aspectos relacionados al binomio enseñanza-aprendizaje (Baumrind, 2005; Martínez y García, 2007; Plunkett y otros, 2007; Spera, 2006), sin embargo, algunos estudios han explorado el vínculo entre los constructos. Estos antecedentes más la experiencia clínica del investigador permiten definir hipótesis en las que cada estilo de socialización parental es principalmente

asociado a una psicopatología adolescente. Se procede pues, a analizar uno a uno estos vínculos a partir de los resultados encontrados.

5.3.1 Depresión adolescente y estilos de socialización parental.

En lo que respecta a la depresión adolescente y al estilo de socialización paterno los resultados indican que los adolescentes con padres autoritarios presentan significativamente mayores niveles de depresión que los adolescentes con padres negligentes (hipótesis 1), los que tienen padre negligente obtienen mayor puntuación en la escala de depresión que los que tienen padre autoritativo (pero dichas diferencias no son significativas) (hipótesis 3) y que aquellos con padre indulgente (siendo significativas las diferencias) (hipótesis 5).

En lo concerniente a la depresión y el estilo de socialización parental materno los resultados son similares a lo encontrado en los estilos paternos, los adolescentes con madres autoritarias presentan significativamente mayores niveles de depresión que los adolescentes con madres negligentes (hipótesis 2), los que tienen madre negligente también obtienen mayor puntuación en la escala de depresión que los que tienen madre autoritativa (pero esta mayor puntuación no es significativa) (hipótesis 4) y que aquellos que tienen madre indulgente (hipótesis 6).

De tal forma que el estilo de socialización parental paterno y materno mayoritariamente asociado a la depresión adolescente es el autoritario, seguido del negligente, del autoritativo y del indulgente (ver tabla 44).

Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Beardslee, Versage y Gladstone (1998), Del Barrio (2000) y Milevsky, Schlechter, Netter y Keehn (2007) por

CAPÍTULO QUINTO – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 190

citar sólo algunos, pero difieren de lo que encontraron Radziszewska, Richardson, Dent y Flay (1996) ya que éstos últimos sostienen que los adolescentes con síntomas depresivos están mayoritariamente en familias con padres negligentes, seguidos de los autoritarios.

Lo que se evidencia en la literatura es el debate entre el estilo autoritario y el negligente como el estilo más vinculado a la depresión adolescente, y es que posiblemente ambos tipos de estilos faciliten la presencia de este tipo de síntomas en los hijos; por un lado el estilo negligente implica la indiferencia plena, el mensaje relacional transmitido a los hijos es “no estoy interesado en lo que hagas”, “me da lo mismo” lo cual genera un sentimiento de poca o nula importancia como hijo ante sus padres, representa un ataque directo a la autoestima del hijo, facilitándose la presencia de depresión; pero por otro, el estilo autoritario que se caracteriza por una alta coerción/imposición y una baja aceptación/implicación parece ser aún más nocivo, porque en este hay órdenes que cumplir, hay imposiciones, normas y deberes que acatar por el simple hecho de respetar la autoridad aunque no haya expresión afectiva.

El estilo autoritario anula a la persona, elimina al hijo adolescente como un ser y persona digno y merecedor de configurar su propia identidad, ¿acaso hay algo más deprimente para un adolescente que querer ser de determinada manera y que los padres - que son sus principales y mayores apoyos- se lo impidan con castigos, reproches y órdenes?

Una autoridad parental sin afecto no es vinculante, no genera cohesión, ni el apego básico y fundamental propio del grupo primario que es la familia (Barocio, 2008; Barudy y Dantagnan, 2005; Liu, 2006), en consecuencia, el adolescente se vivencia

ajeno a su realidad familiar, se siente alienado en su propia casa en donde muchas veces lo único que se comparte es el techo y la comida, nada más. Si a esto le unimos los conflictos propios del ciclo vital en el que se encuentran, las dudas existenciales y sobre su propia valía y la difusión de identidad característica no es de extrañar que la sintomatología depresiva haga acto de presencia; sobre todo porque la red de apoyo familiar que es el factor protectorio por excelencia está ausente, nadie que se experimente ajeno y extraño al interior de su grupo familiar podrá sentirse al mismo tiempo seguro, amado y competente para enfrentar las demandas que el medio y la sociedad en general le plantean. Por lo tanto es el estilo de socialización parental autoritario el que está más vinculado a la depresión adolescente.

5.3.2 Ansiedad adolescente y estilos de socialización parental.

Los resultados acerca de la ansiedad adolescente y el estilo de socialización paterno indican que los adolescentes con padre autoritario presentan mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con padre autorizativo (hipótesis 7), que los adolescentes con padre indulgente (hipótesis 9) y que aquellos con padre negligente (hipótesis 11). De modo que el estilo de socialización parental paterno mayoritariamente asociado a la ansiedad es el autoritario, seguido del autorizativo, del negligente y del indulgente (ver tabla 61).

En cuanto a la ansiedad adolescente y el estilo de socialización materno los resultados indican que los adolescentes con madre autoritaria no presentan significativamente mayores niveles de ansiedad que los adolescentes con madres autorizativas (hipótesis 8), si presentan mayores niveles de ansiedad los adolescentes

con madre autoritaria que aquellos con madre indulgente (hipótesis 10) y no presentan significativamente mayores niveles de ansiedad los adolescentes con madre autoritaria que los adolescentes con madre negligente (hipótesis 12); por lo que, en este caso, no es posible afirmar taxativamente que el autoritario es el estilo de socialización materno más asociado a la ansiedad adolescente, a pesar de ser el estilo que obtuvo mayores puntuaciones en la variable ansiedad.

Estos resultados coinciden parcialmente con lo encontrado por Baumrind (1971a), Loeber y otros (2009) y Loukas (2009) ya que son los adolescentes con padres autoritarios los que presentan mayores niveles de ansiedad; sin embargo difieren de los hallazgos de Lamborn y otros (1991) porque éstos sostienen que los adolescentes con padres autoritativos presentan menores niveles de ansiedad que los adolescentes criados bajo los otros estilos, y en este caso son los jóvenes con estilo indulgente.

Al igual que lo sucedido con la depresión, la ansiedad es la otra manifestación psicopatológica internalizante por excelencia, y es el estilo autoritario el que favorece en mayor medida su presencia en los hijos adolescentes. Empero, esto parece ser muy claro en el caso del estilo autoritario paterno ya que las diferencias con respecto a los otros estilos paternos son significativas, pero no en el estilo de socialización materno.

¿Cómo se explica esto? Hay dos argumentos posibles: 1) las características del padre autoritario se ejercen con mayor intensidad que las de la madre autoritaria (Baldwin, McIntyre y Hardaway, 2007; Parra Jiménez, 2007), por lo que el adolescente se siente más afectado, temiendo incluso más al castigo paterno que al materno (Baumrind, 2005), y 2) que la percepción del alto control materno es lo que favorece la

ansiedad, indistintamente de si la aceptación, implicación y calor afectivo es alta o baja, es decir, de si se aplica un estilo autoritario o autorizativo.

El primer argumento parece esclarecedor porque a pesar de que la sociedad, la familia y, en concreto, la forma de ejercer la crianza está pasando del autoritarismo a la permisividad o indulgencia aún quedan residuos importantes de estilo autoritario, sobre todo en el padre (ver tabla 9), quien tradicionalmente se ha concebido como cabeza de hogar. Este aspecto ideológico tradicional podría estar a la base de un ejercicio de la autoridad, en aquellos padres autoritarios (el 15.3% de los casos), caracterizado por una alta coerción, baja comunicación con los hijos y un alto control sobre ellos de mayor magnitud que el aplicado por las madres.

Ahora bien, después del estilo autoritario, los resultados arrojan que el estilo de socialización parental mayoritariamente asociado a la ansiedad adolescente es el estilo autorizativo en ambos progenitores, pero, ¿qué tienen en común ambos estilos? el alto control y coerción/imposición parental, y hay muchos estudios que apoyan la tesis acerca de la influencia del alto control parental y la ansiedad adolescente (Loukas, 2009; Rekart y otros, 2007; Soenens y otros, 2006; Yahav, 2007), por lo que la poca o mucha implicación y afecto no parece ser el factor determinante en la presencia de ansiedad, son los adolescentes cuyos padres ejercen estilos negligentes e indulgentes los que presentan menores niveles de ansiedad.

Además, hay que tomar en cuenta que cierta sintomatología ansiosa adolescente es considerada normal (Graham, 2004; Echeburúa y De Corral, 2009) lo cual se evidencia en el hecho de que ningún grupo de los adolescentes que constituyen la muestra sobrepasa el percentil 65 en la escala de ansiedad (ver tabla 20 y 21). El estudio

de la adolescencia actual nos permite comprender que determinadas dosis de ansiedad adolescente van a estar generalmente presente en la mayoría de ellos casi independientemente del estilo de socialización parental de los padres, son muchas la variables que favorecen su presencia, y el estilo parental lo que hará será amplificar, potenciar o reducir su expresión.

5.3.3 Conducta disocial adolescente y estilos de socialización parental.

Los resultados acerca de la conducta disocial adolescente y el estilo de socialización paterno indican que los adolescentes con padre indulgente no presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre autoritario (hipótesis 13), que tampoco los adolescentes con padre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con padre autorizativo (hipótesis 15) y que tampoco dichos adolescentes presentan mayores niveles de conducta disocial que aquellos con padre negligente (hipótesis 17).

En cuanto a la conducta disocial adolescente y el estilo de socialización materno los resultados son similares a los estilos paternos, es decir, que los adolescentes con madre indulgente no presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre autoritaria (hipótesis 14), que tampoco los adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre autorizativa (hipótesis 16) y que tampoco éstos adolescentes con madre indulgente presentan mayores niveles de conducta disocial que los adolescentes con madre negligente (hipótesis 18).

CAPÍTULO QUINTO – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 195

De modo que el estilo de socialización parental paterno y materno mayoritariamente asociado a la conducta disocial es el autoritario, seguido del negligente, luego el autorizativo y por último el indulgente (ver tabla 78).

Estos resultados no son los esperados, los antecedentes refieren la conducta disocial adolescente principalmente al estilo de socialización parental indulgente (Combs-Ronto y otros, 2009; Loeber y otros, 2009; Schaffer y otros, 2009) y luego al autoritario (Bronte-Tinkew y otros, 2006; Erath y otros, 2009; Vieno y otros, 2009), aunque muchos de ellos son poco claros en cuanto a la mayor relevancia del estilo indulgente o del negligente, sólo señalan que es la baja aceptación/ implicación y el bajo calor y animación parental el elemento relacionado (Boswell, 1995; Widom, 1997).

Actualmente diversos autores e investigadores (Fernández Millán y Buela-Casal, 2004; Peralbo, 2009; Urra, 2006) adjudican la conducta disocial, el comportamiento oposicionista desafiante y la rebeldía adolescente en general a la excesiva indulgencia o permisividad de los padres, poniendo de moda constructos como “padres mártires” (Chartier y Chartier, 2001), “hijos tiranos” (Naouri, 2005) o “hijos con síndrome del emperador” (Garrido Genovés, 2005). Este fenómeno de hijos tiranos es una realidad apremiante, vigente y en alza en las familias españolas (Matey, 2009; Giner, 2005), por lo que no se pone en duda o se cuestiona la manifestación del hecho, pero lo que no parece tan claro es que esta conducta “dictatorial” adolescente, de carencia de límites y de ausencia de respeto a las normas y a la autoridad sea resultado fundamentalmente de la indulgencia parental. Los resultados de esta investigación no apoyan el vínculo entre conducta disocial adolescente y el estilo de socialización parental indulgente, los hijos

con padres y madres indulgentes son los que presentan menores niveles de conducta disocial.

Ahora bien, hay que tomar en cuenta que la medición de los estilos de socialización parental se ha realizado con los adolescentes, no con los padres ni a través de una observación conductual con un registro de las frecuencias de conductas paternas que permitan identificar claramente los estilos aplicados en cada familia; sin embargo, como señalan diversos estudios, lo importante es la percepción que el adolescente tenga sobre las actitudes paternas (Yahav, 2008), son las atribuciones de los hijos acerca de la conducta de los padres hacia ellos (y viceversa) lo que se asocia a psicopatología, baja autoestima y conducta desadaptativa en general (McKinney, Donnelly y Renk, 2008). Además, diferentes investigaciones sobre estilos de socialización parental se han realizado de este modo (García y Gracia, 2009; Gray y Steinberg, 1999), incluyendo a la misma Diana Baumrind (1991).

Entonces, ¿cómo se explica que el estilo indulgente o permisivo no sea el mayoritariamente asociado a la conducta disocial adolescente? Por dos motivos. Primero, que en muchas investigaciones no se ha establecido una clara distinción entre la indulgencia y la negligencia paterna como el principal elemento vinculante, en párrafos anteriores ya se ha apuntado que es la baja aceptación/implicación, la poca afectividad y el bajo calor emocional el factor relacionado, el cual está presente en ambos estilos. Segundo, que posiblemente existan otros factores mediadores o de mayor influencia, individuales y ambientales, que determinen y favorezcan la conducta disocial adolescente.

Recientemente, están ganando más adeptos las investigaciones que apoyan los factores temperamentales y de personalidad como elementos relacionados a los trastornos de conducta adolescente y los que sostienen que existe una bidireccionalidad entre temperamento y estilos educativos (Ato Lozano, Galián Conesa y Huéscar Hernández, 2007; García-Medina y Armas Vargas, 2008). Por otro lado, también se hace referencia a un aspecto contextual y cultural amplio, lo que Urie Bronfenbrenner denomina macrosistema (1987), que esté reforzando a los adolescentes y jóvenes actuales a comportarse de modo claramente disocial. Desde esta perspectiva no sólo son las familias las indulgentes y negligentes, sino que es la sociedad en general a través de sus instituciones, sistemas educativos formales, medios de comunicación, formas de ocio e ideología de vida plena, etc., la que ha puesto en desuso el respeto a la autoridad y la carencia de límites de lo personal sobre lo social, aspectos clave para una ciudadanía comunitaria (Domingo Moratalla, 2006). En este sentido habrá que ampliar las investigaciones a estos rubros para encontrar argumentos explicativos esclarecedores sobre la conducta disocial adolescente.

5.4 SOBRE EL ESTILO DE SOCIALIZACIÓN MÁS SANO E INSANO.

Los resultados de esta investigación son claros al establecer que el estilo de socialización parental más asociado a la psicopatología adolescente, internalizante y externalizante, es el estilo autoritario. Los adolescentes con padre o madre autoritaria son los que presentaron mayores niveles de depresión, ansiedad y conducta disocial casi en su totalidad, siendo la única excepción el referente al estilo de socialización materno y la conducta disocial adolescente (ver tabla 78).

CAPÍTULO QUINTO – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 198

Como se ha señalado anteriormente, el debate sobre el estilo de socialización parental más perjudicial para los hijos se centra en el estilo autoritario y el negligente (Gauthier, 2003; Milevsky y otros, 2007), inclinándose algunos autores por el estilo autoritario y otros por el estilo negligente. La presente investigación apoya la tesis de que el estilo de socialización parental más insano, perjudicial y favorecedor de malestares adolescentes es el estilo autoritario. Al parecer, la severidad en la crianza, los castigos con violencia, el control férreo y los límites rígidos e inflexibles combinados con el poco afecto y expresión emocional constituyen el elemento socializador patologizante; en consecuencia, si los padres quieren estimular en sus hijos adolescentes un adecuado desarrollo psicosocial y evitar la agudización de las crisis propias de su etapa habrá que hacer gala de mucha comunicación creativa, animación paternal y calidez afectiva, que son los pilares de la implicación parental.

En cuanto al estilo de socialización parental más sano, sorprendentemente, los resultados no apoyan al estilo autorizativo, los adolescentes con padres que practican este estilo parental en ninguna ocasión obtuvieron las puntuaciones más bajas en ninguna de las tres psicopatologías en estudio, de hecho, en la variable ansiedad adolescente el estilo autorizativo es el segundo mayoritariamente asociado a ella sólo después del estilo autoritario (ver tabla 61).

Estos resultados contradicen a la mayoría de los estudios sobre el tema, generalmente, el estilo autorizativo es considerado como la forma de crianza ideal para la promoción del desarrollo psicosocial del adolescente, sin embargo, hay que tomar en cuenta que la mayor parte de las investigaciones y publicaciones proceden de contextos anglosajones en donde los patrones culturales de crianza familiar son diferentes.

CAPÍTULO QUINTO – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 199

En los últimos años, se han publicado dos importantes artículos que ponen en entredicho los aspectos positivos del estilo autorizativo en la población española. El primero de ellos escrito por Musito y García (2004), en el cual sostienen que los beneficios de dicho estilo son más limitados y discretos en la cultura española a diferencia de la anglosajona; y el segundo, es un artículo publicado por García y Gracia (2009) en el que no sólo cuestionan la eficacia y las bondades del estilo autorizativo, sino que también afirman que el estilo de crianza óptimo en el contexto cultural español es el indulgente.

Los resultados de esta investigación apoyan el punto de vista de García y Gracia (2009), el estilo indulgente o permisivo es el menos asociado a la psicopatología adolescente, por lo que, desde esta perspectiva, es el estilo de socialización parental más sano en el contexto español. Los argumentos que explican este hallazgo son de corte sociocultural, la familia es un microsistema que forma parte de otros subsistemas (macrosistema, exosistema, etc.) que determinan el tipo de influjo interpersonal (Martín-Baró, 1983), hay toda una axiología y una ideología propia de cada cultura sobre la que descansan constructos como autoridad, libertad, autonomía y realización personal, que a su vez se insertan en cada familia como célula social; además, se hace referencia al colectivismo e individualismo cultural (vertical y horizontal) (Singelis, Triandis, Bhawuk y Gelfand, 1995), y la sociedad española es caracterizada como colectivista horizontal (García y Gracia, 2009; Gouveia, Clemente y Espinosa, 2003), por lo que el énfasis está en las relaciones igualitarias con un alto involucramiento afectivo en la socialización de los hijos.

CONCLUSIONES.

1. La mayoría de los adolescentes que constituyen la muestra de la investigación pertenecen a familias nucleares, hay muy poca presencia de familias monoparentales-madre y monoparentales-padre, lo cual indica que un alto porcentaje de ellos recibe una influencia paterna y una materna en su crianza.

2. El estilo de socialización parental más frecuente en el padre es el negligente, seguido del indulgente, es decir, que la crianza paterna se caracteriza por poca coerción-imposición y por poca aceptación-implicación, en consecuencia, el rol del padre en la crianza de los hijos adolescentes es periférico.

3. El estilo de socialización parental más frecuente en las madres es el indulgente, seguido del autorizativo. Esto se traduce en que la responsable directa de la crianza de los hijos es la madre, ella es la proveedora de afecto y la que establece el control parental.

4. Aquellos padres y madres que ejercen un estilo parental autoritario lo hacen en mayor medida cuando su hijo es mujer que cuando es hombre, evidenciando de este modo creencias tradicionales de género.

5. La psicopatología internalizante -depresión y ansiedad- se encuentra en mayor grado en las chicas; por el contrario, la psicopatología externalizante en estudio – conducta disocial- presenta mayores niveles en los chicos que en las chicas.

CAPÍTULO QUINTO – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 201

6. Existe comorbilidad entre depresión y ansiedad adolescente, ya que un alto porcentaje de los que presentan sintomatología depresiva también presentan sintomatología ansiosa.

7. La conducta disocial de los adolescentes en general es alta, a diferencia de los niveles de depresión y ansiedad que están en el promedio.

8. El estilo de socialización paterno y materno más vinculado a la depresión adolescente es el autoritario.

9. El estilo de socialización paterno más vinculado a la ansiedad adolescente es el autoritario, pero no puede afirmarse lo mismo en el caso de la madre porque no existen diferencias significativas en ansiedad entre aquellos con madre autoritaria y autorizativa, lo cual sugiere que es el alto control (coerción-imposición) lo que favorece la ansiedad adolescente.

10. El estilo de socialización paterno y materno mayoritariamente asociado a la conducta disocial es el autoritario.

11. El estilo de socialización parental más insano es el autoritario, los adolescentes con padre y madre que lo aplican presentan mayores niveles de depresión,

CAPÍTULO QUINTO – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 202

ansiedad y conducta disocial; por el contrario, el estilo de socialización parental más sano y óptimo es el indulgente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R. Z. y Sakellaropoulo, M. (2007). Integrating two subtypes of depression: psychodynamic theory and its relation to hopelessness depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 27(3), 363-385.
- Aberasturi A. y Knobel, M. (1998). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Educador.
- Adewuya, A. O., Ola, B. A. y Adewumi, T. A. (2007). The 12-month prevalence of DSM-IV anxiety disorders among Nigerian secondary school adolescents aged 13-18 years. *Journal of Adolescence*, 30(6), 1071-1076.
- Adrian, C. y Hammen, C. (1993). Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 354-359.
- Ahmed, W., Minnaert, A., Werf, G. y Kuyper, H. (2010). Perceived social support and early adolescents' achievement: the mediational roles of motivational beliefs and emotions. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(1), 36-46.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. y Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange-situation behavior in 1 years olds. In Schaffer, H. R. (Ed.). *The origins of human social relation*. New York: Academic Press.

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Amato, P. R. y Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- Anderson, E. R. y Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 276-288.
- Antona, A., Madrid, J. y Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 23(84), 45-53.
- Aragón Ramírez, N., Bragado Alvarez, M. C. y Carrasco Galán, I. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del “Inventario Breve de Síntomas” (Brief Symptom Inventory (BSI)) en adultos. *Psicología Conductual*, 8 (1), 73-83.
- Arieti, S. y Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.

- Aseltine, R. H. Jr., Gore, S. y Colten, M. E. (1994). Depression and the social developmental context of adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 252-263.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1983). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Ato Lozano, E., Galián Conesa, M. D. y Huéscar Hernández, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia. *Anales de Psicología*, 23(1), 33-40.
- Auerbach, R. P., Eberhart, N. K. y Abela, J. R. Z. (2010). Cognitive vulnerability to depression in Canadian and Chinese adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1-11.

Psychology, 38(1), 57-68.

Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the spanish version of depression, anxiety and stress scales. *Psicothema*, 17 (4), 679-683.

Bailey, J., Hill, K. G., Oesterle, S. y Hawkins, J. D. (2009). Parenting practices and problem behavior across three generations: monitoring, harsh discipline, and drug use in the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 45(5), 1214-1226.

Baldwin, D. R., McIntyre, A. y Hardaway, E. (2007). Perceived parenting styles on college students' optimism. *College Student Journal*, 41(3), 550-557.

Baranowsky, T. y Nader, P. R. (1985). Family involment in health behaviour change programs. In Turks, D. C. y Kerns, R. D. (Eds.). *Health, illness and families: A life-span perspectiva*. New York: John Wiley and Sons.

Barocio, R. (2008). *Disciplina con amor para adolescentes*. México, D. F.: Pax.

Baron, R. A. y Byrn, D. (1998). *Psicología Social*. (8ª. ed.). Madrid: Prentice Hall.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vrs. Authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1971a). Currents patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1; Parte 2).
- Baumrind, D. (1971b). Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, 41, 92-102.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance us. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Baumrind, D. (1994). The social context of child maltreatment. *Family Relations*, 3(4), 360-369.

Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New*

Directions for Child & Adolescent Development, 2005 (108), 61-69.

Baumrind, D. y Black, A. E. (1967). Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child Development*, 38, 291-327.

Baumrind, D., Larzelere, R. E. y Cowan, P. A. (2002). Ordinary Physical Punishment: Is it Harmful? *Psychological Bulletin*, 128(4), 580-590.

Beardslee, W. R., Versage, E. M. y Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affective parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.

Beck, A. T. (1967). *Depression. Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.

Beck-Gernsheim, E. (2003). *La reinvencción de la familia*. Barcelona: Paidós.

Becker, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. In Hoffman, M. L. y Hoffman, W. (Eds.). *Review of child development research*, (Vol. 1, pp. 169-208). New York: Russell Sage Foundation.

Becker, W. C., Peterson, D. R., Luria, Z., Shoemaker, D. J. y Hellmer, L. A. (1962).

Relations of factors derived form parent-interview ratings to behavior problems of five-years-old. *Child Development*, 33, 509-535.

Bernal Martínez de Soria, A. y Gualandi, M. G. (2009). Autoridad, familia y educación.

Revista Española de Pedagogía, 244, 511-528.

Bernstein, G. A. y Brochardt, C. M. (1996). School refusal: family constellation and

family fungtioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 1-19.

Blitstein, J. L., Murray, D. M., Lytle, L. A., Birnbaum, A. S. y Perry, C. L. (2005).

Predictors of violent behavior in an early adolescent cohort: Similarities and differences across genders. *Health Education & Behavior*, 32(2), 175-194.

Blos, P. (2003). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bonilla, G. (1998). *Cómo hacer una tesis de graduación con técnicas estadísticas*. San

Salvador: UCA Editores.

Borkovec, T. D. (1994). The nature, funitons, and origins of worry. In Davey, G. y

Tallis, F. (Eds.). *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*.

New Cork: Wiley.

Boswell, G. (1995). *The prevalence of abuse and loss in the lives of Section 53 offender.*

London: The Prince's Trust.

Bosacki, S. Dane, A. y Marini, Z. (2007). Peer relationships and internalizing problems

in adolescents: mediating role of self-esteem. *Emotional & Behavioural*

Difficulties, 12(4), 261-282.

Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and Anger. Attachment and Loss*. Vol. 2. New

York: Basic Books.

Braconnier, A. (2001). *Guía del adolescente*. Madrid: Síntesis.

Brady, E. y Kendall, P. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and

adolescent. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.

Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de

ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.

Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., Bersabé, R. M., Loriga, A. y Monsalve, T.

(1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes:

resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.

- Brodkin, A. M. (2005). When a parent remarries. *Scholastic Parent & Child*, 12(6), 31-32.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A. y Carrano, J. (2006). The father-child relationship, parenting styles, and adolescent risk behaviors in intact families. *Journal of Family Issues*, 27(6), 850-851.
- Buendía, J. (1999). *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Burke, J. D., Pardini, D. A. y Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 679-692.
- Bylund, C. L., Baxter, L. A., Imes, R. S. y Wolf, B. (2010). Parental rule socialization for preventive health and adolescent rule compliance. *Family Relations*, 59(1), 1-13.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2000). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En Oblitas, L. y Becoña, E. (Eds.). *Psicología de la Salud*, (pp. 111-157). México D. F.: Plaza y Valdés.

- Cadore, R. J. (1978). Psychopathology in adopted-away offspring of biological parents with antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 35, 176-184.
- Campbell, T. L. (1986). Family's impact on health: A critical review. *Family Systems Medicine*, 4, 135-201.
- Campbell, T. L. y Treat, D. F. (1990). The family's influence on health. In Rakel, R. E. (Ed.). *Textbook of family practice*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Cantón Duarte, J., Cortés Arboleda, M. y Justicia Díaz, M. D. (2002). *Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Capaldi, D. M. y Patterson, G. R. (1991). The relation of parental transition to boys' adjustment problems: I. A. linear hipótesis, and II. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology*, 27, 489-504.
- Carrasco Ortiz, M. A. y Del Barrio Gándara, M. V. (2007). Temperamental and personality variables in child and adolescent depressive symptomatology. *Psicothema*, 19(1), 43-48.
- Carvajal, G. (1994). *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*. (2ª. ed.). Santafé de Bogotá: Tiresias.

- Carothers, S. S., Borkowski, J. G. y Whitman, T. L. (2006). Children of adolescent mothers: Exposure to negative life events and the role of social supports on their socioemotional adjustment. *Journal of Youth & Adolescence*, 35(5), 822-832.
- Casciari, H. (2006). *Más respeto, que soy tu madre*. Barcelona: Debolsillo.
- Castellón, W. (2009). Comunicación creativa entre padres e hijos adolescentes. En Loizaga, F. (Coord.). *Intervención psicoeducativa con familias*, (pp. 131-174). Madrid: CCS.
- Castillo, G. (2002). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide.
- Castro, J., De Pablo, J., Toro, J. y Valdés, M. (1999). Parenting style in relation to pathogenic and protective factors of type A behaviour pattern. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 383-390.
- Chartier, J. P. y Chartier, L. (2001). *Los padres mártires*. Buenos Aires: Javier Vergara.
- Chávez, M. A. (2008). *Hijos tiranos o débiles dependientes*. México, D. F.: Grijalbo.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. y Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in pediatric primary care

sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171.

Chedekel, D. S. y O'Connell, K. G. (2002). *Familias de hoy. Modelos no tradicionales*. Madrid: McGraw-Hill.

Chen, M., Johnston, C., Sheeber, L. y Leve, C. (2009). Parent and adolescent depressive symptoms: the role of parental attributions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 119-130.

Chen, X., Rubin, K. H. y Li, B. (1995). Depressed mood in chinese children: Relation with school performance and family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 938-947.

Chirinos, R. (2007). *La familia como terapeuta*. México, D. F.: Lumen.

Chorot, P. y Sandín, B. (1991). *Escala de Depresión CESDS*. Madrid: UNED.

Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M. y Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: characteristics, prevalence and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 4, 113-137.

Cole, D. A. y Rehm, L. (1986). Family interactions patterns and childhood depression in young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 297-314.

Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. (4ª ed.). Madrid: Morata.

Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2008). *Adolescencia y salud*. México, D. F.: Manual Moderno.

Combs-Ronto, L. A., Olson, S. L., Lukenheimer, E. S. y Sameroff, A. J. (2009). Interactions between maternal parenting and children's early disruptive behavior: bidirectional associations across the transition from preschool to school entry. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1151-1163.

Conseur, A. Rivara, F. P., Barnoski, R. y Emanuel, I. (1997). Maternal and perinatal risk factors for later delinquency. *Pediatrics*, 99, 785-790.

Coon, D. (1999). *Psicología*. (8ª ed.). México D. F.: Thomson.

Copersmith, S. (1968). Studies in self-esteem. *Scientific American*, 218, 96-106.

Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. (6ª ed.). México D. F.: Prentice-Hall.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and internal structure of test. *Psychometryca*, 16, 297-334.

- Dadds, M. R. y Powell, M. B. (1991) The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 553-567.
- Dadds, M. R., Sanders, M. R., Morrison, M. y Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 505-513.
- Dahinten, V., Shapka, J. y Willms, J. (2007). Adolescent children of adolescent mothers: The impact of family functioning on trajectories of development. *Journal of Youth & Adolescence*, 36(2), 195-212.
- Davis, K. A. y Epkins, C. C. (2009). Do private religious practice moderate the relation between family conflict and preadolescents' depression and anxiety symptoms? *Journal of Early Adolescence*, 29(5), 693-717.
- Davison, G. C. y Neale, J. M. (2005). *Psicología de la conducta anormal*. (2ª. ed.). México, D. F.: Limusa Wiley.
- Deangelis, T. (2007). A new diagnosis for childhood trauma? *Monitor on Psychology*, 38(3), 32-34.

- De Jong, E., Basso, R. y Paira, M. (2001). *La familia en los albores del nuevo milenio*. Buenos Aires: Espacio.
- Deklyen, M., Biernbrum, M. A., Speltz, M. y Greenberg, M. T. (1998). Fathers and preschool behavior problems. *Developmental Psychology*, 34, 264-275.
- De la Cierva, B. y Díaz Aguado, M. J. (2008). *Las familias de Madrid ante la adolescencia y su educación*. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y Universidad Complutense de Madrid.
- De las Heras, J. (2005). *La sociedad neurótica de nuestro tiempo*. Madrid: Espasa.
- De Nicolás Martínez, L. (1998). Estrés en la familia. En Ríos, J. A. (Coord.). *El malestar en la familia*, (pp. 117-145). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Del Barrio, M. V. (1997). *Depresión infantil. Concepto, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, M. V. (2000). Trastornos depresivos. En González Barrón, R. (Coord.). *Psicopatología del niño y del adolescente*, (pp. 229-262). Madrid: Pirámide.

- Del Barrio, M. V., Silva, F., Conesa-Peraleja, M. D., Martorell, M. C. y Navarro, A. M. (1993). Escala de Evaluación de la Depresión (EED). En Silva, F. y Martorell, C. (Eds.). *Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil*, (Vol. 3, pp. 55-82). Madrid: MEPSA.
- Del Barrio Gándara, V., Carrasco Ortiz, M. A., Rodríguez Serrano, M. A. y Gordillo, R. (2009). Prevención de la agresión en la infancia y la adolescencia. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 101-107.
- Delfini, L. F., Bernal, M. E. y Rosen, P. M. (1976). Comparison of deviant and normal boys in home settings. In Mash, E. J., Hammerlynck, L. A. y Handy, L. C. (Eds.). *Behavior modification and families*. New York: Brunel/Mazel.
- Detenidos dos jóvenes en Gerona por violar a una menor de 15 años y grabarlo en vídeo. (2008, Enero 29). *El Correo*.
- Dishion, T. J. y Patterson, G. R. (1997). The timing and severity of antisocial behaviour: Three hypotheses within ecological framework. In Stoff, D., Breiling, J. y Maser, J. (Eds.). *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S. y Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65, 649-665.

- Domènech, E., Subirà, S. y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En Buendía, J. (Coord.). *Psicopatología en niños y adolescentes*, (pp. 265-277). Madrid: Pirámide.
- Domènech-Llaberia, E. (2005a). Adolescencia y salud en el siglo XXI. En Domènech-Llaberia, E. (Ed.). *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la Adolescencia*, (pp. 369-375). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Domènech-Llaberia, E. (2005b). Conductas suicidas en la adolescencia. En Domènech-Llaberia, E. (Ed.). *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la Adolescencia*, (pp. 347-365). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Domingo Moratalla, A. (2006). *Ética de la vida familiar*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Donatelli, J., Bybee, J. y Buka, S. (2007). What do mothers make adolescents feel guilty about? Incidents, reactions, and relation to depression. *Journal of Child & Family Studies*, 16(6), 859-875.
- Duggan, C., Sham, P., Minne, C., Lee, A. y Murray, R. (1998). Quality of parenting and vulnerability to depression: Results from a family study. *Psychological Medicine*, 28, 185-191.

- Duncan, A. F. y Caughy, M. O. (2009). Parenting style and the vulnerable child syndrome. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 228-234.
- Dwairy, M., Achoui, M., Filus, A., Rezvan nia, P., Casullo, M. y Vohra, N. (2010). Parenting, mental health and culture: a fifth cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child & Family Studies*, 19(1), 36-41.
- Echeburúa, E. (1986). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T.H., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S. y Macdermott, S. (2006). Social anxiety disorder in children and youth: A research update on aetiological factors. *Counselling Psychology Quaterly*, 19 (2), 151-163.
- Ell, K. y Northen, H. (1990). *Families and health care*. New York: Walter de Gruyter.
- Elzo, J. (2004). Tipología y socialización de las familias españolas. *Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*, 702 (178), 205-229.

Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce.

Psychological Bulletin, 92, 310-330.

Erath, S. A., El-Sheik, M. y Mark Cummings, E. (2009). Harsh parenting and child

externalizing behavior: skin conductance level reactivity as a moderador. *Child*

Development, 80(2), 578-592.

Erikson, E. (1978). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.

Espina Eizaguirre, A. (1998). Anorexia nerviosa y familia. En Ríos, J. A. (Coord.). *El*

malestar en la familia, (pp. 147-162) Madrid: Centro de Estudios Ramón

Areces.

Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, Illinois: Charles

C. Thomas.

Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona:

Masson.

Farrington, D. P. (1978). The family backgrounds of aggressive youths. In Hersov, L.

A., Berger, M. y Shaffer, D. (Comps.). *Aggression and Antisocial Behaviour in*

Childhood and Adolescence. Oxford: Pergamon.

- Farrington, D. P. (1986). Stepping stones to adult criminal careers. In Olweus, D., Blockand, J. y Yarrow, M. R. (Eds.). *Development of Antisocial and Prosocial Behaviour*. New York: Academic Press.
- Farrington, D. P. (1995a). The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.
- Farrington, D. P. (1995b). The challenge of teenage antisocial behaviour. In Rutter, M. (Comp.). *Psychosocial Disturbances in Young People: Challenges for Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Faure, J. P. (2007). *Educar sin castigos ni recompensas*. Buenos Aires: Lumen.
- Ferdinand, R. F., Dieleman, G., Ormel, J. y Verhulst, F. C. (2007). Homotypic versus heterotypic continuity of anxiety symptoms in young adolescents: evidence for distinctions between DSM-IV subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (3), 325-333.
- Fernández Millán, J. M. y Buela-Casal, G. (2004). *Manual para padres desesperados... con hijos adolescentes*. Madrid: Pirámide.

- Fite, P., Stoppelbein, L. y Greening, L. (2009). Predicting readmission to a child psychiatric inpatient unit: the impact of parental style. *Journal of Child & Family Studies*, 18(5), 621-629.
- Fleming, C. B., Catalano, R. F., Haggerty, K. P. y Abbott, R. D. (2010). Relationships between level and change in family, school, and peer factors during two periods of adolescence and problem behavior at age 19. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(6), 670-682.
- Flores Vela, C. (2000). *Un encuentro con tu hijo adolescente*. (2ª. ed.). Monterrey: Flovel.
- Foa, E. y Wasmer, L. (2006). *If your adolescent has an anxiety disorder: an essential resource por parents*. Oxford: Oxford University.
- Forehand, R., King, H. E., Peed, S. y Yoder, P. (1975). Mother-child interactions: Comparisons of a noncompliant clinic group and a non-clinic group. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 79-84.
- Forsell, Y., Jorm, A. y Winblad, B. (1994). Association of Age, Sex, Cognitive Dysfunction, and Disability with Mayor Depressive symptoms in an elderly sample. *The American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1600-1604.

- Frick, P. J. (1994). Family dysfunction and the disruptive disorders: A review of recent empirical findings. In Ollendick, T. H. y Prinz, R. J. (Eds.). *Advances in clinical child psychology*. Vol. 16. New York: Plenum Press.
- Funes, J. (2003). ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema? *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 23(84), 1-8.
- Gaertner, A., Fite, P. y Colder, C. (2010). Parenting and friendship quality as predictors of internalizing and externalizing symptoms in early adolescence. *Journal of Child & Family Studies*, 19(1), 101-108.
- Garber, J., Braafladt, N y Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect: an information-processing perspectiva. En Garber, J. y Dodge, K. A. (Eds.). *The development of emotions regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- García, F. y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 44(173), 101-131.
- García-Medina, P. y Armas Vargas, E. (2008). Comorbilidad, personalidad, estilos educativos y problemas de conducta en adolescentes. *Anuario de Psicología*

Jurídica, 18, 21-30.

Garrido Genovés, V. (2005). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador*. Barcelona: Ariel.

Garrison, C. Z., Schoenbach, V. J. y Kaplan, B. H. (1985). Depressive symptoms in early adolescence. In Dean, A. (Ed.). *Depression in multidisciplinary perspective*. New York: Brunnel/Mazel.

Gauthier, Y. (2003). Infant mental health as we enter the third millennium: can we prevent aggression? *Infant Mental Health Journal*, 24(3), 296-308.

Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G. y Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.

Gimeno, A. (1999). *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ariel.

Giner, I. (2005, Abril 1). Aumentan los adolescentes que pegan a sus padres. *Diario Qué!*, p.7.

Gluek, S. y Gluek, E. T. (1968). *Delinquents and nondelinquents in perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Goldberg, B. (2008). *Como estimular al adolescente hoy*. Buenos Aires: Lumen.
- Gomà, M. (1987). Heredabilidad de la conducta antisocial. En Pérez, J. (Comp.). *Bases biológicas de la delincuencia y de la conducta antisocial*, (pp. 59-76).
Barcelona: PPU.
- Goodyer, I. M., Cooper, P. J., Vize, C. y Ashby, L. (1993). Depression in 11-16 year old girls: the role of past parental psychopathology and exposure to recent life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1103-1115.
- Goodyer, I. M., Wriqth, C. y Altham, P. M. E. (1988). Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 651-667.
- Gotlib, I. H. y Avison, W. R. (1993). Children at risk for psychopathology . In Costello, C. G. (Ed.). *Basic issues in pschopathology*. New York: Guilford Press.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1995). Sympyoms versus a diagnosis of depression differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.

- Gotlib, I. H., Mount, J. H., Cordy, N. I. y Whiffen, V. E. (1988). Depression and perceptions of early parenting: A longitudinal investigation. *British Journal of Psychiatry*, 152, 24-27.
- Gouveia, V. V., Clemente, M. y Espinosa, P. (2003). The horizontal and vertical attributes of individualism and collectivism in a spanish population. *Journal of Social Psychology*, 143, 43-63.
- Grabe, S., Hyde, J. S. y Lindberg, S. M. (2007). Body objectification and depression in adolescents: the role of gender, shame, and rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 31(2), 164-175.
- Gracia, E., Musitu, G. y García Pérez, F. (1994). Estrés, apoyo social y ajuste psicológico en padres que maltratan a sus hijos. *Revista de Psicología Social*, 9(2), 193-203.
- Graham, P. (2004). *The end of adolescence*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological nature of introversión-extraversión. *Behavior Research and Therapy*, 8, 249-266.
- Gray, J. A. (1985). Issues in the neuropsychology of anxiety. In Tuma, A. H. y Maser, J. D. (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence

Earlbaum.

- Gray, M. R. y Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.
- Greenberger, E. y Chen, C. (1996). Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: a comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716.
- Greening, L., Stoppelbein, L. y Luebke, A. (2010). The moderating effects of parenting styles on african-american and caucasian children's suicidal behaviors. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(4), 357-369.
- Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C. y McMahon, R. J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 497-500.
- Grotevant, H. y Cooper, C. (1985). Patterns of interaction in family relationship and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56, 415-428.
- Gruner, K., Muris, P. y Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviors and anxiety disorders symptomatology in normal children.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30, 27-35.

Guerreschi, C. (2007). *Las nuevas adicciones*. Buenos Aires: Lumen.

Gulbenkian Foundation. (1995). *Children and violence*. Londres: Calouste Gulbenkian Foundation.

Hall, J. A. (1987). Parent-adolescent conflict. An empirical review. *Adolescence*, 22, 767-789.

Hanson, C. L., Henggeler, S. W. y Burghen, G. A. (1987). Model of associations between psychosocial variables and health outcome measures of adolescents with IDDM. *Diabetes Care*, 10, 752-758.

Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O. y Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Development*, 81(1), 149-165.

Hayward, C., Killer, J. D. y Taylor, C. B. (1989). Panic attacks in young adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1061-1062.

Hernández Córdoba, A. (1991). *Estrés en la familia colombiana. Tensiones típicas y estrategias de afrontamiento*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006).
Metodología de la Investigación. (4ª. ed.). México: McGraw-Hill.
- Hetherington, E. M. y Martin, B. (1986). Family factors and psychopathology in children. In Quay, H. C. y Werry, J. S. (Eds.). *Psychopathological disorders of childhood*. (3ª ed.). New York: Wiley.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M. y Anderson, E. R. (1989). Marital transition: A child's perspective. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Hilsman, R. y Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depresión in children: academic stresors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.
- Hinshaw, S. P. y Anderson, C. A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. In Mash, E. J. y Barkley, R. A. (Eds.). *Child Psychopathology*. New York: Guilford.
- Hinshaw, S. P., Lahey, B. B. y Hart. E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.

- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J. y Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression & Anxiety*, 25(4), 357-367.
- Hoberman, H. M. (1989). Completed suicide in children and adolescents: A review. *Residential Treatment for Children and Youth*, 7, 61-88.
- Hoefnagels, C., Meesters, C. y Simenon, J. (2007). Social support as predictor of psychopathology in the adolescent offspring of psychiatric patients. *Journal Child Family Studies*, 16, 91-101.
- Hoffman, M. L. (1975). Moral internalization, parental power and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology*, 39, 99-113.
- Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M. y Walder, L. O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 1120-1134.
- Hunter, J., Higginson, I. y Garralda, E. (1996). Systematic literature review: outcome measures for child on adolescent mental health services. *Journal of Public Health Medicine*, 18, 197-206.

Iglesias de Ussel, J. (1998). La familia española en el contexto europeo. En Rodrigo, M.

J. y Palacios, J. (Eds.). *Familia y desarrollo humano*, (pp. 91-114). Madrid:

Alianza.

Izquierdo Moreno, C. (2007). *El mundo de los adolescentes*. Sevilla: MAD, S. L.

Jacob, T., Seilhamer, R. A. y Rushe, R. H. (1989). Alcoholism and family interactions:

An experimental paradigm. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15,

73-91.

Jiménez, T. I., Estévez, E., Musito, G. y Murgui, S. (2007). Comunicación familiar y

comportamientos delictivos en la adolescencia: el doble rol mediador de la

autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 473-485.

Jiménez Godoy, A. B. (2005). *Modelos y realidades de la familia actual*. Madrid:

Fundamentos.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2008). Psychiatric disorders in

adolescence and early adulthood and risk for child-rearing difficulties during

middle adulthood. *Journal of Family Issues*, 29(2), 210-233.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E. y Brook, J. S. (2001). Association of

maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their

offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58, 453-460.

Kagelmann, H. J. y Wenninger, G. (1986). *Psicología de los medios de comunicación*.
Barcelona: Herder.

Kapinus, C. A. (2004). The effect of parents' attitudes toward divorce on offspring's attitudes: gender and parental divorce as mediating factors. *Journal of Family Issues*, 25(1), 112-135.

Kashani, J. H. y Carlson, G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.

Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*.
Homewood, IL: Dorsey.

Kazdin, A. y Buela-Casal, G. (2002). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and síntesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.

- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del Comportamiento*. (2a. ed.). México: McGraw-Hill.
- Kerr, M., Stattin, H. y Burk, W. J. (2010). A reinterpretation of parental monitoring in longitudinal perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 39-64.
- Kershner, J. G. y Cohen, N. (1992). Maternal depressive symptoms and child functioning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13, 51-63.
- Kessler, R. C. y Magee, W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.
- Kimmel, D. C. y Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia: una transición al desarrollo*. Barcelona: Editorial Ariel.
- King, N. J., Mietz, L. T. y Ollendick, T. H. (1995). Psychopathology and cognition in adolescents experiencing severe test anxiety. *Journal of Clinical Child*

Psychology, 24, 49-54.

Koch, L. M. y Gross, A. M. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial. En Caballo, V. E. y Simón, M. A. (Coord.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Específicos*, (pp.23-38). Madrid: Pirámide.

Kovacs, P. R. (2008). Effects of the collage admission process on adolescent development. *Journal of College Admission*, 198, 14-18.

Krauskopf, D. (2002). *Adolescencia y educación*. San José: EUNED.

Krohne, H. W. y Hock, M. (1991). Relations between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.

Kurdek, L. A. y Fine, M. A. (1994). Family acceptance and family control as predictors of adjustment in young adolescents: Linear, curvilinear, or interactive effects? *Child Development*, 65, 1137-1146.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. y Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritharian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.

- Lamont, J., Fischhoff, S. y Gottlieb, H. (1976). Recall of parental behaviors in female neurotic depressives. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 762-764.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behaviour: problems in treating a construct. In Shilen, J. M. (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In Tuma, A. H. y Maser, J. D. (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Larrea, S. (2005). Las relaciones entre padres e hijos adolescentes. En Domènech-Llaberia, E. (Ed.). *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la Adolescencia*. (pp. 185-200). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Laskey, B. J. y Cartwright-Hatton, S. (2009). Parental discipline behaviours and beliefs about their child: associations with child internalizing and mediation relationships. *Child: Care, Health & Development*, 35 (5), 717-727.
- Last C. G. (1993). Trastornos por ansiedad. En Ollendick, T. H. y Versen, M. (Eds.). *Psicopatología infantil*, (pp. 257-266). Barcelona: Martínez Roca.

- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Orvaschel, H. y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- Laursen, B. (1995). Conflict and social interaction in adolescent relationship. *Journal of Research on Adolescence*, 5, 55-70.
- Laursen, B. y Collins, W. A. (1994). Interpersonal conflict during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(2), 197-209.
- Lee, C. S., Anderson, J. R., Horowitz, J. L. y August, G. J. (2009). Family income and parenting: the role of parental depression and social support. *Family Relations*, 58(4), 417-430.
- Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 24(85), 19-28.
- Leslie, L. A., Huston, T. L. y Johnson, M. P. (1986). Parental reactions to dating relationships: Do they make a difference? *Journal of Marriage and the Family*, 48, 57-66.

- Lessard, J., Greenberger, E. y Chuansheng, C. (2010). Adolescents' response to parental efforts to influence eating habits: when parental warmth matters. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(1), 73-83.
- Lewis, D. O., Mallouh, C. y Webb, V. (1989). Child abuse, delinquency and violent criminality. In Cicchetti, D. y Carlson, V. (Comps.). *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Li, H., Ang, R. P. y Lee, J. (2008). Anxieties in Mainland Chinese and Singapore Chinese adolescents in comparison with the American norm. *Journal of Adolescence*, 31(5), 583-594.
- Light, J. M. y Dishion, T. J. (2007). Early adolescent antisocial behavior and peer rejection: a dynamic test of a developmental process. *New Directions for Child & Adolescent Development*, 2007 (118), 77-89.
- Lipovetsky, G. y Charles, S. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.
- Liu, Y. (2006). Paternal/maternal attachment, peer support, social expectations of peer interactions, and depressive symptoms. *Adolescence*, 41(164), 705-721.

- Lobitz, G. K. y Johnson, S. M. (1975). Deviant and normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 353-374.
- Loeber, R., Hipwell, A., Battista, D., Sembower, M. y Stouthamer-Loeber, M. (2009). Intergenerational transmission of multiple problems behavior: prospective relationships between mothers and daughters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1035-1048.
- Loeber, R. y Stouthammer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In Morris, N. y Tonry, M. (Eds.). *Crime and justice*. Chicago: University of Chicago Press.
- López, W. L., Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C. y Bourdeau, T. (2008). The relation between parental psychological distress and adolescent anxiety in youths with chronic illnesses: the mediating effect of perceived child vulnerability. *Children's Health Care*, 37(3), 171-182.
- Los adolescentes recurren a la cirugía plástica para ser aceptados en la sociedad. (2008, Junio, 13). *20 Minutos*.
- Loukas, A. (2009). Examining temporal associations between perceived maternal psychological control and early and adolescent internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1113-1122.

Lounds, J. J., Borkowski, J. G. y Whitman, T. H. (2006). The potential for child neglect: The case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment*, 11(3), 281-294.

Lykken, D. T. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.

Maccoby, E. y Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In Hetherington, E. M. (Ed.), Museen, P. H. (Series Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development*, (pp. 1-101). New York: Wiley.

MacPhee, A. R. y Andrews, J. J. W. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence*, 41 (163), 435-436.

Mannoni, O., Deluz, A., Gibello, B. y Hébrard, J. (2001). *La crisis de la adolescencia*. Barcelona: Gedisa.

Marcelli, D., Cardon, A. y Loubeyre, J. B. (1992). *Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal*. Barcelona: Masson.

Marcos, N. (2005). Los trastornos de la personalidad en la adolescencia. En Domènech-Llaberia, E. (Ed.). *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la*

Adolescencia. (pp. 147-163). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence*, 31(124), 935-954.

Martin, L. T., Kubzansky, L. D., Le Winn, K. Z., Lipsitt, L. P., Satz, P. y Buka, S. L. (2007). Childhood cognitive performance and risk of generalized anxiety disorder. *International Journal of Epidemiology*, 36(4), 769-779.

Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.

Martínez, I. y García, J. F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2) 458-467.

Martorell, M.C. y Silva, F. (1992). *Escala de Conducta Antisocial (ASB)*. Madrid: MEPSA.

Matalí, J. L. y Alda, J. A. (2008). *Adolescentes y nuevas tecnologías: ¿innovación o adicción?* Barcelona: Edebé.

- Matey, P. (2009, Octubre 10). ¿Qué hacemos con la violencia juvenil? *El Mundo*, p. 33.
- Matthews, K. A., Woodwall, K. L., Kenyon, K. y Jacob, T. (1996). Negative family environment as a predictor of boy's future status on measures of hostile attitudes, interview behavior and anger expression. *Health Psychology*, 15, 30-37.
- Mazza, J. J., Fleming, C. B., Abbott, R. D., Haggerty, K. P. y Catalano, R. F. (2010). Identifying trajectories of adolescents' depressive phenomena: an examination of early risk factors. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(6), 579-593.
- McCord, J. (1991). The cycle of crime and socialization practices. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 82, 211-228.
- McDonald, K., Bowker, J., Rubin, K., Laursen, B y Duchene, M. (2010). Interactions between rejection sensitivity and supportive relationship in the prediction of adolescents' internalizing difficulties. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(5), 563-574.
- McKinney, C., Donnelly, R. y Renk, K. (2008). Perceived parenting, positive and negative perceptions of parents, and late adolescent emotional adjustment. *Child & Adolescent Mental Health*, 13(2), 66-73.

- Mc Lead, C. y Mathews, A. (1988). Anxiety and allocation of attention to threat. *The Quaterly Journal of Experimental Psychology*, 40, 653-670.
- Mead, G. H. (1972). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ros, M. C. (2002). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En Caballo, V. E. y Simón, M. A. (Coord.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales*, (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Méndez Carrillo, F. X., Orgilés Amorós, M. y Espada Sánchez, J. P. (2010). *Como dar alas a los niños para que vuelen solos. El niño sombra de sus padres*. Madrid: Pirámide.
- Messer, S. C. y Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Miedo a envejecer. (2004, Noviembre 24). *20 Minutos*.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S. y Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and

life-satisfaction. *Journal of Child & Family Studies*, 16(1), 39-47.

Millán, M. A. y Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. Madrid: Cáritas.

Miranda, A. y Pérez, J. (2005). Socialización familiar, pese a todo. Ponencia presentada en el *Congreso Ser Adolescente Hoy*. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción (FAD).

Monck, E., Graham, P., Richman, N. y Dobbs, R. (1994). Self-reported mood disturbance in a community population. *British Journal of Psychiatry*, 165, 760-769.

Moreno Ruiz, D., Estévez López, E., Murgui Pérez, S. y Musito Ochoa, G. (2009). Reputación social y violencia relacional en adolescentes: el rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital. *Psicothema*, 21 (4), 537-542.

Mosquera, D. (2007). *Desmontando corazas. El trastorno antisocial aprendido*. Madrid: Pléyades.

Muñoz García, J. J. y Navas Collado, E. (2004). Conducta antisocial en adolescentes: teorías explicativas psicosociales. *Psiquis*, 25(2), 79-86.

- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. y Hooper, R. (1993). Depressed mothers speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-1101.
- Musito, G., Buelga, S. y Lila, M. S. (1994). Teoría de sistemas. En Musito, G. y Allat, P. (Eds.). *Psicosociología de la Familia*, (pp. 47-79). Valencia: Albatros Educación.
- Musito, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Musito, G. y Allat, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Musito, G. y García, F. (2001). *Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29)*. Madrid: TEA.
- Musito, G. y García, J. F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16(2), 288-293.
- Mychailyszyn, M. P., Méndez, J. L. y Kendall, P. C. (2010). School functioning in youth with and without anxiety disorders: comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*, 39(1), 106-121.

- Naouri, A. (2005). *Padres permisivos, hijos tiranos*. Barcelona: Ediciones B.
- Naouri, A. (2008). *Educación a los hijos: una tarea urgente*. Madrid: Taurus.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia*. Barcelona: Herder.
- Navas Collado, E. y Muñoz García, J. J. (2005). Teorías explicativas y modelos preventivos de la conducta antisocial en adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 75, 22-39.
- Noble, P. S., Adams, G. R. y Openshaw, D. K. (1989). Interpersonal communication in parent-adolescent dyads. *Journal of Family Psychology*, 2, 483-494.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. y Seligman, M. E. P. (1991). Sex differences in depression and explanatory style in children. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 233-245.
- Nocon, A., Wittchen, H. U., Beesdo, K., Brückl, T., Hofler, M., Pfister, H., Zimmermann, P. y Lieb, R. (2008). Differential familial liability of panic disorder and agoraphobia. *Depression & Anxiety*, 25(5), 422-434.
- Obiols, G. y De Obiols, S. D. S. (1997). *Adolescencia, postmodernidad y escuela secundaria*. Santafé de Bogotá: Kapelusz y Grupo Norma.

- O'Donnell, E., Moreau, M., Cardemil, E. y Pollastri, A. (2010). Interparental conflict, parenting, and childhood depression in a diverse urban population: the role of general cognitive style. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(1), 12-22.
- Offord, D. R. (1982). Family backgrounds of male and female delinquents. In Gunn, J. y Farrington, D. P. (Eds.). *Abnormal offenders: Delinquency and the criminal justice system*. Chischester: Wiley.
- Oldehinkel, A. J., Rosmalen, J. G. M., Veenstra, R., Dijkstra, J. K. y Ormel, J. (2007). Being admired or being liked: classroom social status and depressive problems in early adolescent girls and boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 417-427.
- Oliver, L. E. y Whiffen, V. E. (2003). Perceptions of parents and partners and men's depressive symptoms. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 621-635.
- Ollendick, T. H. y King, N. J. (1991). Origins of childhood fears : An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research an Therapy*, 29, 117-123.

- Olson, D. H. (1989). Family systems and the family stress: A family life cycle perspective. En Kreppner, K. y Lerner, R. M. (Eds.). *Family systems and life-span development*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Olweus, D. (1980). Familial determinants of aggression behavior in adolescents-A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 664-660.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Orgilés Amorós, M., Espada Sánchez, J. P. y Méndez Carrillo, F. X. (2003). En Ortigosa, J. M., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (Coord.). *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia*, (pp. 73-94). Madrid: Pirámide.
- Ornoz, B., Alonso-Arbiol, I. y Balluerka, N. (2007). A spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19 (4), 687-692.
- Ortega Campos, P. (2007). *El grito de los adolescentes*. Madrid: CCS.

- Ortigosa, J. M., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (2003). La comunicación en psicología infantil para la salud. En Ortigosa, J. M., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (Coord.). *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia*, (pp. 95-109). Madrid: Pirámide.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12, (2-3), 319-341.
- Paikoff, R. L. y Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty? *Psychological Bulletin*, 110, 47-66.
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En López, F., Etxebarría, I., Fuentes, M. J. y Ortiz, M. J. (Eds). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Palmonari, A. (2003). *Los adolescentes*. Madrid: Acento Editorial.
- Pardini, D. A. (2008). Novel insights into longstanding theories of bidirectional parent-child influences: introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 627-631.

- Pardini, D. A. y Loeber, R. (2007). Interpersonal and affective features of psychopathy in children and adolescents: advancing a developmental perspective introduction to special section. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 269-275.
- Parker, G. (1983). Parental “affectionless control” as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G., Tuplin, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parra Jiménez, A. (2007). Un análisis longitudinal de la comunicación entre madres y adolescentes. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 267-284.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

- Pepe, S., Sobral, J., Gómez-Fraguela, J. A. y Villar-Torres, P. (2008). Spanish adaptation of the Adolescents' Perceived Collective Family Efficacy Scale. *Psicothema*, 20 (1), 148-154.
- Peralbo, A. (2009). *El adolescente indomable*. Madrid: La esfera de los libros.
- Perris, C., Arrindell, W. A., Perris, H., Eissemann, M., Van der Ende, J. y Von Knorring, L. (1986). Perceived depriving parental rearing and depression. *British Journal of Psychiatry*, 148, 170-175.
- Peterson, C. y Seligman, M. (1984). Causal explanation as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, J. L. y Zill, Z. (1986). Marital disruption, parent-child relationships and behavior problems in children. *Journal of Marriage and Family*, 48, 295-307.
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M. y Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 13-24.
- Plunkett, S., Henry, C., Robinson, L. Behnke, A. y Falcon, P. (2007). Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *Journal of Child & Family Studies*, 16(6), 760-772.

- Polaino, A. (1998). Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles.
 En Rodríguez-Sacristán, J. (Ed.). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. (2ª ed.). Tomo I (pp.655-688). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Pons, G. y Del Barrio, V. (1993). Depresión infantil y divorcio. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 11, 95-106.
- Pons, G. y Del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, 7(3), 489-497.
- Poussin, G. y Martin, E. (2005). *Los hijos del divorcio. Psicología del niño y separación parental*. México: Trillas.
- Poznaski, E. O. y Zrull, E. (1970). Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives of General Psychiatry*, 23, 815-829.
- Prado, E. y Amaya, J. (2005). *Padres obedientes, hijos tiranos*. México, D. F.: Trillas.
- Puig-Antich, J., Lukens, E. y Davies, M. (1985). Psycho-social functioning in prepuberal major depressive disorders, I: Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500-507.

- Quintero, A. M. (1997). *Trabajo social y procesos familiares*. Buenos Aires: Lumen.
- Quinton, D., Rutter, M. y Gulliver, L. (1990). Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in children of Psychiatric patients. En Robins, L. N., y Rutter, M. (Eds.). *Strainght and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Radziszewska, B., Richardson, J., Dent, C. y Flay, B. (1996). Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: ethnic, gender and SES differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 289-305.
- Ramsey, C. N. (1989). Toward a theory of family medicine. In Ramsey, C. N. (Ed.). *Family systems in medicine*. New York: Guilford Press.
- Rankin Williams, L., Degnan, K. A., Pérez Edgar, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine, D. S., Steinberg, L. y Fox, N. A. (2009). Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1063-1075.
- Rapee, R. M. (2009). Early adolescents' perceptions of their mother's anxious parenting as a predictor of anxiety symptoms 12 months later. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1103-1112.

- Rees, C. D. y Wilborn, B. L. (1983). Correlates of drug abuse in adolescents: A comparison of families of drug abusers with families of nondrug abusers. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 55-63.
- Reiss, D., Hetherington, M., Plomin, R. Howe, G. W., Simmens, S. J., Henderson, S. H., O'Conner, T. J., Busell, D. A., Anderson, E. R. y Law, T. (1995). Genetic questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 52, 925-936.
- Rekart, K. N., Mineka, S., Zinbarg, R. E. y Griffith, J. W. (2007). Perceived family environment and symptoms of emotional disorders: the role of perceived control, attributional style, and attachment. *Cognitive Therapy & Research*, 31(4), 419-436.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rice, F. P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. (9ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Richman, H., Salle, F. R. y Folley, P. (1991). Personality differences between anxious within a dimensional framework. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 87-94.

- Ríos, J. A. (2003). *Vocabulario básico de orientación y terapia familiar*. Madrid: CCS.
- Ríos, J. A. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja. ¿Crisis u oportunidades?* Madrid: CCS.
- Ritzer, G. (2007). *La Mcdonalización de la sociedad*. Madrid: Popular.
- Rodgers, B. (1994). Pathways between parental divorce and adult depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1289-1308.
- Rodríguez, A. (2001). La familia posmoderna: distancia y compromiso. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 8, 103-115.
- Rodríguez, J. A. (2008, Noviembre 16). Dos menores chantajeaban a amigos con imágenes íntimas robadas de sus 'webcam'. *El País*.
- Rodríguez De Kissack, M. y Martínez, N. C. (2002). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En Caballo, V. E. y Simón, M. A. (Coord.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales*, (pp. 93-120). Madrid: Pirámide

- Rodríguez-Sacristán, J. (1998). La ansiedad en la infancia. La experiencia de angustia en los niños. En Rodríguez-Sacristán, J. (Ed.). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. (2ª. ed.). Tomo I (pp.521-554). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rodríguez Suárez, G., Triana Pérez, B. y Hernández García, M. M. (2005). La experiencia familiar y la atribución de roles parentales. *Psicothema*, 17(3), 363-369.
- Rohner, R. P. y Khaleque, A. (2003). Reliability and validity of the parental control scale: A meta-analysis of cross-cultural and intracultural studies. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 643-649.
- Rohner, R. P., Saavedra, J. y Granum, E. O. (1978). Development and validation of the Parental Acceptance Rejection Questionnaire: Test manual. JSAS. *Catalogue of Selected Documents in Psychology*, 8, 7-8.
- Rojas, E. (1998). *El hombre Light*. Madrid: Temas de Hoy.
- Rojas Soriano, R. (1998). *Guía para realizar investigaciones sociales*. (13ª. ed.). México, D. F.: UNAM.
- Rojo, L., Livianos, L., Cervera, G. y Domínguez, J. A. (1999). Rearing style and depressive disorders in adulthood: A controled study in a Spanish clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 11, 548-554.

- Roldán Franco, M. A. (2004). La conducta agresiva en los adolescentes: revisión de las principales teorías explicativas y de los factores implicados. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 120(62), 73-87.
- Rosenbluth, M., Kennedy, S. H. y Bagby, R. M. (2007). *Depresión y personalidad. Desafíos clínicos y conceptuales*. Barcelona: Masson.
- Ruano, R. y Serrá, E. (2001). *La familia con hijos adolescentes. Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento*. Barcelona: Octaedro-EUB.
- Ruiz Carrasco, P., Lozano San Martín, E. y Polaino, A. (1994). *Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente*. Madrid: An. Psiquiatría.
- Rutter, M. (1986). Depressive feelings, cognitions, and disorders: A research postscript. In Rutter, M., Izard, C. E. y Read, P. B. (Eds.). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford.
- Rutter, M. (1994). Beyond longitudinal data: causes, consequences, changes and continuity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 928- 940.

- Rutter, M. y Giller, H. (1984). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Guilford.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P. y Baily, A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders-II. Empirical Findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 39-83.
- Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos de apego*. Barcelona: Gedisa.
- Samper, P., Cortés, M. T., Mestre, V., Nácher, M. J. y Tur, A. M. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema*, 18 (2), 263-271.
- Sampson, R. J. y Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, M A.: Harvard University Press.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.). *Manual de Psicopatología*, (Vol. 2, pp. 53-80). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, I., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20 (2), 290-296.
- Sang, M. L., Daniels, M. H. y Kissinger, D. B. (2006). Parental influences on adolescent adjustment: Parenting style versus parenting practices. *Family Journal*, 14 (3), 253-259.
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 91-98.

- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). *Psicología Anormal*. (7ª. Ed.). México: Prentice Hall.
- Sarigiani, P. A., Heath, P. A. y Camarena, P. M. (2003). The significance of parental depressed mood for young adolescents'. *Journal of Early Adolescence*, 23(3), 241-267.
- Sato, T., Sakado, D., Vehara, T., Narita, T., Hirano, S. y Nishioka, K. (1998). Dysfunctional parenting as a risk factor to life-time depression in a sample of employed Japanese adults: Evidence for the "afectionless control" hypothesis. *Psychological Medicine*, 28, 737-742.
- Schaffer, M., Clark, S. y Jeglic, E. L. (2009). The role of empathy and parenting style in the development of antisocial behaviors. *Crime & Delinquency*, 55(4), 586-599.

- Schlessinger, L. (2009). *Educación de hijos respetuosos en un mundo irrespetuoso*. Buenos Aires: Lumen.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario A-D. Conductas Antisociales-Delictivas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shaeffer, E. S. (1959). A circumflex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 226-235.
- Shaffer, D. R. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. (4ª ed.). Madrid: Thomson.
- Shapiro, E. R. (1990). *Cambio individual y desarrollo familiar: la individuación como proceso familiar*. Bilbao: Amorrortu.
- Shisslak, C. M., McKeon, R. T. y Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 185-189.
- Showalter, J. E. y King, R. A. (1991). The clinical interview of the adolescent. En Wiener, J. M. (Ed.). *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. New York: Guilford.

- Sineiro García, C. y Paz Míguez, M. J. (2007). Labilidad emocional/afectividad negativa y regulación emocional en hijos de madres ansiosas. *Psicothema*, 19(4), 627-633.
- Singelis, T. M., Triandis, H. C., Bhawuk, D. P. S. y Gelfand, M. J. (1995). Horizontal and vertical dimensions of individualism and collectivism: a theoretical and measurement refinement. *Cross-Cultural Research*, 29, 240-275.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Duriez, B. y Goossens, L. (2006). In search of the sources of psychologically controlling parenting: the role of parental separation anxiety and parental maladaptive perfectionism. *Journal of Research on Adolescence*, 16(4), 539-559.
- Sosa, C. D., Capafóns, J. I., Flores, P., Navarro, A. M. y Silva, F. (1993). Escala de Ansiedad Infantil (AI). En Silva, F. y Martorell, C. (Eds.). *Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil*, (Vol. 3, pp. 55-82). Madrid: MEPSA.
- Spera, C. (2006). Adolescents' perceptions of parental goals, practices, and styles in relation to their motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 26(4), 456-490.
- Spitz, R. (1965/1998). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

- Spoth, R., Redmond, C. y Leeper, H. (1999). Alcohol initiation outcomes of universal family-focused preventive intervention: one-and two-year follow-ups of a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol/Supplement*, 13, 103-111.
- Stark, K. D. (1990). *Childhood depression*. New York: Guilford Press.
- Starr, L. R. y Davila, J. (2008). Differentiating interpersonal correlates of depressive symptoms and social anxiety in adolescence: implications for models of comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 337-349.
- Steinhausen, A. C. y Reitzle, M. (1996). The validity of mixed disorders of conduct and emotions in children and adolescents: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 339-343.
- Taboada, A., Ezpeleta, L. y De la Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y estrés*, 4(1), 1-16.
- Takeuchi, M., Miyaoka, H., Tomoda, A., Suzuki, M., Liu, O. y Kitamura, T. (2010). The effect of interpersonal touch during childhood on adult attachment and depression: a neglected area of family and developmental psychology? *Journal of Child & Family Studies*, 19(1), 109-117.

- Tariu, M. y Navarro, J. J. (2006). *Adolescentes en riesgo*. Madrid: CCS.
- Técnicos Especializados Asociados (TEA) (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Técnicos Especializados Asociados (TEA) (1984). *Escalas de Clima Social*. Madrid: TEA Ediciones.
- Thapar, A. y McGuffin, (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 439-447.
- Thornberry, T., Freeman-Gallant, A. y Lovegrove, P. (2009). The impact of parental stressors on the intergenerational transmission of antisocial behavior. *Journal of Youth & Adolescence*, 38(3), 312-322.
- Toledo, M., Ferrero, J. y Barreto, P. (2000). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En González Barrón, R. (Coord.). *Psicopatología del niño y del adolescente*, (pp. 157-198). Madrid: Pirámide.
- Tompson, M. C., Pierre, C. B., Boger, K., McKowen, J. W., Chan, P. T. y Freed, R. D. (2010). Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 105-117.

- Torgersen, S. (1993). Relationship between adult and childhood anxiety disorders: Genetic hypothesis. In Last, C. G. (Ed.). *Anxiety across the lifespan: A developmental perspective*. New York: Springer.
- Toscano de Alberini, M. (2006). *Adolescencia. Actuar antes de que los hechos sucedan*. Córdoba: ARCOPRESS.
- Trentacosta, C. J. y Shaw, D. S. (2008). Maternal predictors of rejecting parenting and early adolescent antisocial behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 36(2)*, 247-259.
- Trickett, A. y McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review, 15*, 311-337.
- Tronick, E., Als, H. y Adamson, L. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interactiong. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17*, 1-13.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 229-235.

- Una niña de 10 años muestra en clase un vídeo de sus relaciones sexuales. (2008, Agosto 11). *20 Minutos*.
- Urta, J. (2006). *El pequeño dictador*. (3ª.ed.). Madrid: La Esfera de los Libros.
- Urta, J. (2009). *¿Qué ocultan nuestros hijos?* Madrid: La esfera de los libros.
- Valdivia Sánchez, C. (2003). Los estilos educativos en la educación familiar. *Letras de Deusto*, 99 (33), 29-61.
- Valdivia Sánchez, C. (2004). Nuevos modelos de familia. *Letras de Deusto*, 103 (34), 75-104.
- Valleur, M. y Matysiak, J. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Van der Laan, A. M., Veenstra, R., Bogaerts, S., Verhulst, F. C. y Ormel, J. (2010). Serious, minor, and non-delinquents in early adolescence: the impact of cumulative risk and promotive factors. The TRAILS study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(3), 339-351.

- Varma, V. (2005). *La violencia en niños y adolescentes*. México, D. F.: Trillas.
- Vasey, M. W., Deleiden, E. L., Williams, L. L. y Brown, L. M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: a preliminary study. *Journal of Abnormal Psychology, 23*, 267-279.
- Vaughan, C. A. y Halpern, C. T. (2010). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: the contributions of weight-related concerns and behaviors. *Journal of Research on Adolescence, 20*(2), 389-419.
- Vaughan, C. A., Foshee, V. A. y Ennett, S. T. (2010). Protective effects of maternal and peer support on depressive symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(2), 261-272.
- Vazsonyi, A. T. y Belliston, L. M. (2006). The cultural and developmental significance of parenting processes in adolescent anxiety and depression symptoms. *Journal of Youth & Adolescence, 35*(4), 491-505.
- Vélez, C. N., Johnson, J. y Cohen, P. (1989). A longitudinal análisis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 28*, 861-864.

- Vielva, I., Pantoja, L. y Abeijón, J. A. (Eds.). (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vieno, A., Nation, M., Pastore, M. y Santinello, M. (2009). Parenting and antisocial behavior: a model of the relationship between adolescent self-disclosure, parental closeness, parental control, and adolescent antisocial behavior. *Developmental Psychology*, 45(6), 1509-1519.
- Wagner, K. D. (2008). New findings in youth anxiety disorders. *Psychiatric Times*, 25(1), 62-62.
- Walton, A. y Flouri, E. (2010). Contextual risk, maternal parenting and adolescent externalizing behaviour problems: the role of emotion regulation. *Child: Care, Health & Development*, 36(2), 275-284.
- Warner, V., Mufson, L. y Weissman, M. M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 786-797.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

- Weakland, J. H. (1977). Family somatics: A neglected edge. *Family Process*, 16, 263-272.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Pencik, E. C. y Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an education diagnostic center. *Journal of Pediatrics*, 83, 1065-1072.
- Weiss, B., Dodge, K. A., Bates, J. E. y Pettit, G. S. (1992). Some consequences of early harsh discipline: child aggression and a malaptive social information processing style. *Child Development*, 63, 1321-1335.
- Wenar, C. y Kerig, P. (2000). *Developmental Psychopathology*. Boston: McGraw-Hill.
- West, D. J. (1982). *Delinquency: Its roots, careers, and prospects*. London: Heinemann.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª.ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166.
- Widom, C. S. (1997). Child abuse, neglect, and witnessing violence. In Stoff, D. M. Breiling, J. y Maser, J. D. *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley.

- Williamson, D. E., Birmaher, B., Anderson, B. P., Al-Shabbout, M. y Ryan, N. D. (1995). Stressful life events in depressed adolescents: The role of dependent events during the depressive episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 591-598.
- Wilson, H. (1980). Parental supervision: A neglected aspect of delinquency. *British Journal of Criminology*, 20, 203-235.
- Wilson, C. J. y Deane, F. P. (2010). Help-negation and suicidal ideation: the role of depression, anxiety and hopelessness. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(3), 291-305.
- Windle, M., Brener, N., Cuccaro, P., Dittus, P., Kanouse, D. E., Murray, N., Wallander, J. y Schuster, M. A. (2010). Parenting predictors of early-adolescents' health behaviors: simultaneous group comparisons across sex and ethnic groups. *Journal of Youth & Adolescence*, 39(6), 594-606.
- Yahav, R. (2007). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 460-471.
- Zlomke, K. y Young, J. (2009). A retrospective examination of the role of parental anxious rearing behaviors in contributing to intolerance of uncertainty. *Journal*

of Child & Family Studies, 18(6), 670-679.

Zurk, G. H. y Boszormenyi Nagy, I. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*.

México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (EED)

(M.V. Del Barrio, F. Silva, M.D. Conesa-Peraleja, M.C. Martorell y A.M. Navarro)

- | | | | | |
|---|-------|------------|----------|--------------|
| 1. Me siento alegre. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 2. Tengo ganas de llorar. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 3. Me siento solo. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 4. Me odio a mí mismo. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 5. Me cuesta levantarme. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 6. Creo que la gente me quiere a pesar de mis defectos. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 7. Lo paso tan bien como antes. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 8. Pienso en matarme (aunque no lo haría). | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 9. Me gusta estar con la gente. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 10. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 11. Pienso que en el fondo soy una mala persona. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 12. Creo que en adelante las cosas me irán mejor. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 13. Duermo muy bien. | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 14. Soy incapaz de demostrar lo que siento. | | | | |

ANEXOS

	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
15.	Me avergüenzo de mí mismo.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
16.	Me siento como si estuviera lleno de energía.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
17.	Mis padres me hacen pensar que he dicho algo malo.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
18.	Me siento tan tiste, que me cuesta mucho soportarlo.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
19.	Creo que soy tan bueno como quiero ser.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
20.	En el colegio me siento cansado.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
21.	Me siento mal porque no quiero ni obedezco a mis padres.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
22.	Me considero una persona feliz.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
23.	Pienso que no vale la pena vivir.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
24.	Me siento aislado y perdido en el colegio.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
25.	Hago bien las cosas.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
26.	La salud de mis padres me preocupa.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
27.	Pienso que merezco ser castigado.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
28.	Cuando he tenido un mal día, pienso que el siguiente será mejor.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre
29.	Me siento desgraciado en el colegio.			
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Casi siempre

ANEXOS

- | | | | | |
|-----|---|------------|----------|--------------|
| 30. | Creo que nadie me comprende. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 31. | Estoy descontento conmigo mismo. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 32. | Me canso más que los otros niños. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 33. | Las cosas malas que ocurren son culpa mía. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 34. | Me divierto en el colegio. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 35. | Tengo buen apetito. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 36. | Pienso que nadie se preocupa por mí. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 37. | Cuando fallo en clase, creo que no sirvo para nada. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 38. | Si pudiera, me pasaría los días sin hacer nada. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |
| 39. | Tengo miedo de lo que haga pueda molestar o enfadar a mis padres. | | | |
| | Nunca | Alguna vez | A menudo | Casi siempre |

ANEXO 2

ESCALA ANSIEDAD INFANTIL (AI)

C. R. Reynolds y B. O. Richmond
(C. D. Sosa, J. I. Capafóns, P. Flores, A. M. Navarro y F. Silva)

- 1.Me cuesta decidirme (tomar decisiones).
SI NO
- 2.Me pongo nervioso cuando las cosas no salen como yo quiero.
SI NO
- 3.Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo.
SI NO
- 4.Con frecuencia me cuesta respirar.
SI NO
- 5.Me preocupo mucho.
SI NO
- 6.Me dan miedo muchas cosas.
SI NO
- 7.Me enfado con mucha facilidad.
SI NO
- 8.Me preocupan lo que puedan decir mis padres.
SI NO
- 9.Creo que a los demás les disgusta como hago las cosas.
SI NO
- 10.Me cuesta dormirme por la noche.
SI NO
- 11.Me preocupa que los demás piensan de mí.
SI NO
- 12.Me siento solo, aunque haya otros a mí alrededor.
SI NO
- 13.Me duele la tripa a menudo.
SI NO

14. Hieren mis sentimientos con facilidad.
SI NO
15. Me sudan las manos con frecuencia.
SI NO
16. Suelo estar muy cansado.
SI NO
17. Me preocupo lo que pueda suceder.
SI NO
18. Otros niños son más felices que yo.
SI NO
19. Tengo pesadillas.
SI NO
20. Me siento fatal cuando me regañan.
SI NO
21. Creo que alguien me va a decir que he hecho algo mal.
SI NO
22. A veces me despierto asustado.
SI NO
23. Me preocupo cuando me voy a acostar por las noches.
SI NO
24. Me cuesta concentrarme en mis deberes.
SI NO
25. Cuando estoy sentado, siempre estoy inquieto.
SI NO
25. Soy nervioso.
SI NO
27. Muchas personas están en contra mía.
SI NO
28. Me preocupa a menudo que pase algo malo.
SI NO

ANEXO 3

CUESTIONARIO CONDUCTAS ANTISOCIALES- DELICTIVAS (A-D)

(N. Seisdedos)

Parte 1

1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo.
SI NO
2. Salir sin permiso (del trabajo, de casa, del colegio).
SI NO
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía).
SI NO
4. Ensuciar las calles/aceras rompiendo botellas o volcando cubos de basura.
SI NO
5. Decir tacos o palabras fuertes.
SI NO
6. Molestar a personas desconocidas o hacer gamberradas en lugares públicos.
SI NO
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión.
SI NO
8. Hacer trampas (en exámenes, competición importante, información de resultados).
SI NO
9. Tirar basuras al suelo (cuando hay cerca una papelera o cubo).
SI NO
10. Hacer pintadas en lugares prohibidos (pared, encerado, mesa, etc.).
SI NO
11. Coger fruta en un jardín/huerto que pertenece a otra persona.
SI NO
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona.
SI NO

13.Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco o quitarles la silla cuando van a sentarse.

SI NO

14.Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación).

SI NO

15.Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín.

SI NO

16.Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo.

SI NO

17.Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc.

SI NO

18.Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo, clase, calle).

SI NO

19.Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase, casa).

SI NO

20.Pelearse con otro (con golpes, insultos, palabras ofensivas).

SI NO

Parte 2

21. Pertenecer a una pandilla que arma jaleos, se mete en peleas o crea disturbios.

SI NO

22.Coger el coche o la moto de un desconocido para dar un paseo, con la única intención de divertirse.

SI NO

23.Forzar la entrada de un almacén, garaje, guardamuebles o quiosco.

SI NO

24.Entrar en una tienda que está cerrada, robando o sin robar algo.

SI NO

25.Robar cosas de los coches.

SI NO

26.Llevar algún arma (cuchillo/navaja) por si es necesaria en una pelea.

- | SI | NO |
|---|----|
| 27. Planear de antemano entrar en una casa/chalet/etc. para robar cosas de valor (y hacerlo si se puede). | |
| SI | NO |
| 28. Coger la bicicleta de un desconocido y quedarse con ella. | |
| SI | NO |
| 29. Forcejear o pelear para escapar de un policía. | |
| SI | NO |
| 30. Robar cosas de un lugar público (trabajo/colegio). | |
| SI | NO |
| 31. Robar cosas de grandes almacenes, supermercados, etc. estando abiertos. | |
| SI | NO |
| 32. Entrar en una casa, piso, etc. y robar algo (sin haberlo planeado antes). | |
| SI | NO |
| 33. Robar materiales o herramientas a gente que está trabajando. | |
| SI | NO |
| 34. Gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede. | |
| SI | NO |
| 35. Robar cosas o dinero en las máquinas tragaperras, teléfono público, etc. | |
| SI | NO |
| 36. Robar ropa de un tendedero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en una percha. | |
| SI | NO |
| 37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles. | |
| SI | NO |
| 38. Tomar drogas. | |
| SI | NO |
| 39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos. | |
| SI | NO |
| 40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas. | |
| SI | NO |

ANEXO 4
ESCALA DE ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN
PARENTAL EN LA ADOLESCENCIA (ESPA 29)
(G. Musito y F. García)

Mi madre...	1 NUNCA	2 ALGUNAS VECES	3 MUCHAS VECES	4 SIEMPRE
-------------	------------	-----------------------	----------------------	--------------

1	Si obedezco las cosas que me manda			
	Me muestra cariño 1 2 3 4			
	Se muestra indiferente 1 2 3 4			
2	Si no estudio o no quiero hacer los deberes que me mandan en el Colegio/Instituto			
	Le da igual 1 2 3 4			
	Me riñe 1 2 3 4			
	Me pega 1 2 3 4			
	Me priva de algo 1 2 3 4			
	Habla conmigo 1 2 3 4			
3	Si viene alguien a visitarnos a casa y me porto con cortesía			
	Se muestra indiferente 1 2 3 4			
	Me muestra cariño 1 2 3 4			
4	Si rompo o estropeo alguna cosa de mi casa			
	Me riñe 1 2 3 4			
	Me pega 1 2 3 4			
	Me priva de algo			

	1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
5	Si traigo a casa el boletín de notas a final de curso con buenas calificaciones
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
6	Si voy sucio o desastrado
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
7	Si me porto adecuadamente en casa y no interrumpo sus actividades
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
8	Si se entera de que he roto o estropeado alguna cosa de otra persona, o en la calle
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4

9	Si traigo a casa el boletín de notas al final del curso con algún suspenso
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
10	Si al llegar la noche, vuelvo a casa a la hora acordada, sin retraso
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
11	Si me marchó de casa para ir a algún sitio, sin pedirle permiso a nadie
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
12	Si me quedo levantado hasta muy tarde, por ejemplo viendo televisión
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4

13	Si le informa alguno de mis profesores de que me porto mal en la clase
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
14	Si cuido mis cosas y voy limpio y aseado
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
15	Si digo una mentira y me descubren
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
16	Si respeto los horarios establecidos en mi casa
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
17	Si me quedo por ahí con mis amigos o amigas y llego tarde a casa por la noche
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4

	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
18	Si ordeno y cuido las cosas en mi casa
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
19	Si me peleo con algún amigo o alguno de mis vecinos
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
20	Si me pongo furioso y pierdo el control por algo que me ha salido mal o por alguna cosa que no me ha concedido
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
21	Cuando no como las cosas que me ponen en la mesa
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega

	1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
22	Si mis amigos o cualquier persona le comunican que soy buen compañero
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
23	Si habla con alguno de mis profesores y recibe algún informe del colegio/instituto diciendo que me porto bien
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
24	Si estudio lo necesario y hago los deberes y trabajos que me mandan en clase
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
25	Si molesto en casa o no dejo que mis padres vean las noticias o el partido de fútbol
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
26	Si soy desobediente
	Habla conmigo 1 2 3 4

ANEXOS

	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
27	Si como todo lo que me ponen en la mesa
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
28	Si no falto nunca a clase y llego todos los días puntual
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
29	Si alguien viene a casa a visitarnos y hago ruido o molesto
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4

	1 NUNCA	2 ALGUNAS VECES	3 MUCHAS VECES	4 SIEMPRE
Mi padre...				

1	Si obedezco las cosas que me manda
	Me muestra cariño

ANEXOS

	1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
2	Si no estudio o no quiero hacer los deberes que me mandan en el Colegio/Instituto
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
3	Si viene alguien a visitarnos a casa y me porto con cortesía
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
4	Si rompo o estropeo alguna cosa de mi casa
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
5	Si traigo a casa el boletín de notas a final de curso con buenas calificaciones
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
6	Si voy sucio o desastrado
	Me pega

	1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
7	Si me porto adecuadamente en casa y no interrumpo sus actividades
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
8	Si se entera de que he roto o estropeado alguna cosa de otra persona, o en la calle
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
9	Si traigo a casa el boletín de notas al final del curso con algún suspenso
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
10	Si al llegar la noche, vuelvo a casa a la hora acordada, sin retraso

	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
11	Si me marchó de casa para ir a algún sitio, sin pedirle permiso a nadie
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
12	Si me quedo levantado hasta muy tarde, por ejemplo viendo televisión
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
13	Si le informa alguno de mis profesores de que me porto mal en la clase
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
14	Si cuido mis cosas y voy limpio y aseado

	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
15	Si digo una mentira y me descubren
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
16	Si respeto los horarios establecidos en mi casa
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
17	Si me quedo por ahí con mis amigos o amigas y llego tarde a casa por la noche
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
18	Si ordeno y cuido las cosas en mi casa
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
19	Si me peleo con algún amigo o alguno de mis vecinos

	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
20	Si me pongo furioso y pierdo el control por algo que me ha salido mal o por alguna cosa que no me ha concedido
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
21	Cuando no como las cosas que me ponen en la mesa
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
22	Si mis amigos o cualquier persona le comunican que soy buen compañero
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4

23	Si habla con alguno de mis profesores y recibe algún informe del colegio/instituto diciendo que me porto bien
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4
24	Si estudio lo necesario y hago los deberes y trabajos que me mandan en clase
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
25	Si molesto en casa o no dejo que mis padres vean las noticias o el partido de fútbol
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
26	Si soy desobediente
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4
	Me priva de algo 1 2 3 4
27	Si como todo lo que me ponen en la mesa
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
	Me muestra cariño 1 2 3 4

28	Si no faltó nunca a clase y llegó todos los días puntual
	Me muestra cariño 1 2 3 4
	Se muestra indiferente 1 2 3 4
29	Si alguien viene a casa a visitarnos y hago ruido o molesto
	Me priva de algo 1 2 3 4
	Habla conmigo 1 2 3 4
	Le da igual 1 2 3 4
	Me riñe 1 2 3 4
	Me pega 1 2 3 4