



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

**ESCUELA PROFESIONAL DE
PSICOLOGÍA**

**Estilos Parentales y Salud Mental en Adolescentes de Educación Secundaria
de las Instituciones Públicas de Casma.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA:

Br. ROJAS AQUIÑO, Lucía Melissa

ASESOR:

Dr. NOÉ GRIJALVA, Hugo Martín

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

CASMA – PERÚ

2016

Página del jurado

Dr. NOE GRIJALVA, Hugo Martín
Presidente

Mg. FLORES FLORES, Iveth
Secretaria

Mg. REYES BACA, Gino
VOCAL

DEDICATORIA

La investigación es dedicada para la sociedad por quienes busco contribuir, en alianza de la grandiosa carrera que es la psicología y puede emerger en cualquier campo.

Asimismo brindo el trabajo realizado a mis queridos padres, quienes han sido y son mi inspiración por lograr grandes cosas siendo una de las tantas la educación. De solo contar con su presencia han llenado mi vida de energía permitiendo realizar mis actividades con pasión, sus acciones han sido mejor que sus palabras, de todas las virtudes de mi madre su perseverancia es la que resalta más y de mi padre su alto nivel de responsabilidad. Por ello digo que los dos son mis mejores maestros de aquellos que dejan huella e inspiran. A mi hermana de quien aprendo cada día por su lucha constante de salir adelante y por su apoyo emocional motivándome a no rendirme.

Finalmente dedico esta investigación a las personas que han creído y siguen creyendo en mí. Para los docentes que han dejado un gran aprendizaje siendo clave su motivación, aquellas palabras de aliento que han incrementado mi seguridad.

La autora.

AGRADECIMIENTO

Agradecida de Dios por su bendición en mi vida e iluminar mi camino y por todas las grandes personas que me ha enviado. Siendo uno de ellos mi familia, mis padres y hermana de quienes nunca deje de ver su apoyo. Asimismo hago llegar las gracias a mis amigos colegas que han influenciado de forma positiva en mi vida académica como personal.

A los estudiantes que participaron en este estudio, por su tiempo y disposición porque gracias a la voluntad de ellos es posible conocer un poco sobre cómo es la realidad de los adolescentes en Casma. También a los docentes que permitieron mi ingreso a las aulas.

Agradezco a todos los profesores de mi casa de estudios que aportaron en mi desarrollo profesional. Y a los docentes externos que han contribuido en el proceso de la investigación cumpliendo con el objetivo. Entre ellos César Merino Soto quien es un referente de la investigación, gracias a él mi interés por la investigación se consolidó, de igual manera a la profesora Karla Azabache Alvarado por su calidad como profesional, por su paciencia y predisposición de tiempo brindado.

La autora.

“El aspecto más triste de la vida actual es que la ciencia gana en conocimiento más rápidamente que la sociedad en sabiduría”

(Isaac Asimov)

“Nadie tiene tanto poder para ampliar la mente como la capacidad de investigar de forma sistemática y real todo lo que es susceptible de observación en la vida”.

(Marco Aurelio)

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Rojas Aquino Lucía Melissa con DNI N° 48106080 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo, facultad de humanidades de la escuela profesional de Psicología, declaro bajo juramento que toda documentación que acompaño es auténtica y verás.

Así mismo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chimbote, Febrero del 2017

Br. Rojas Aquino Lucía Melissa

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado Calificador:

En conformidad con los lineamientos técnicos y normativos que la Universidad César Vallejo exige, pongo a su disposición y criterio profesional, el informe de tesis: “Estilos Parentales y Salud Mental en Adolescentes de Educación Secundaria de las Instituciones Públicas de Casma”.

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la correlación que existe entre ambas variables y a la vez determinar los niveles de cada una, en cumplimiento del reglamento de grados y títulos profesionales de licenciado en Psicología, esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Con la convicción de que se otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, agradezco por anticipado las sugerencias y apreciaciones que se brinden a la investigación.

Nuevo Chimbote, Febrero del 2017

Rojas Aquino Lucía Melissa
Tesista

Dr. Noé Grijalva Hugo Martín
Asesor de Tesis

ÍNDICE

Página del jurado.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Realidad problemática	13
1.2. Trabajos previos.....	16
1.3. Teorías relacionadas al tema	19
1.3.1. Estilos Parentales	19
1.3.1.1. Familia como agente causal.....	22
1.3.1.2. Familia factor protector	23
1.3.1.3. Familia y adolescencia: su influencia en la crianza.....	23
1.3.2. Salud Mental:.....	27
1.3.2.1. Elemento fundamentales de Salud Mental	27
1.3.2.2. Salud mental y adolescente.....	29
1.3.2.2.1. Factores familiares asociados con la conducta suicida en adolescentes	29
1.3.2.3. Salud mental en pautas de crianza.....	30
1.3.2.4. Personas consideradas mentalmente sanas.....	31
1.4. Formulación del problema.....	32
1.5. Justificación del estudio	32
1.6. Hipótesis.....	33
1.7. Objetivos.....	34

1.7.1. General:	34
1.7.2. Específicos:	34
II. MÉTODO	34
2.1. Diseño de investigación.	34
2.2. Variables, operacionalización	36
2.3. Población y muestra	37
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	38
2.4.1. Técnica.	38
2.4.2. Instrumentos.	38
2.4.2.1. Ficha de datos sociodemográficos	38
2.4.2.2. Escala parental breve (EPB)	38
2.4.2.3. General Health Questionnaire o cuestionario general de salud mental de Goldberg (GHQ-12)	39
2.5. Métodos de análisis de datos	39
2.6. Aspectos éticos	40
III. RESULTADOS	41
3.1. Descripción y correlación de resultados	41
IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIAS	50
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	
<i>Niveles descriptivos de la Escala de Estilos Parentales.....</i>	41
Tabla 2	
<i>Niveles descriptivos del Cuestionario de Salud Mental.....</i>	42
Tabla 3	
<i>Correlación de las variables.....</i>	42
Tabla 4	
<i>Disctribución de la Población.....</i>	59
Tabla 5	
<i>Distribución muestral según sexo y grados.....</i>	60
Tabla 6	
<i>Descripción cuantitativa de los participantes.....</i>	61
Tabla 7	
<i>Prueba de normalidad de Salud Mental.....</i>	62
Tabla 8	
<i>Prueba de normalidad de Estilos Parentales.....</i>	62

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación de las dimensiones de los estilos parentales con el deterioro la salud mental en alumnos de secundaria de la ciudad de Casma. Participaron 747 estudiantes (389 hombres y 358 mujeres), con edades que fluctuaban entre 11 a 17 años de las instituciones públicas de Casma, a quienes se les aplicaron la Escala Parental Breve (EPB) y el Cuestionario General de Salud Mental (GHQ-12). La cifras que correlaciona las dimensiones responsividad, demanda y monitoreo (madre y padre) con la salud mental oscila entre $-,357^{**}$ a $-,172^{**}$, a pesar de evidenciar una correlación débil es estadísticamente significativa, en donde a mayor percepción de las dimensiones de los estilos parentales menor es el deterioro de la salud mental. Las percepciones de los adolescentes arrojaron diferencias significativas para los padres, en cuanto al nivel de salud mental reportaron en su mayoría sospecha de deterioro (48,5%) seguido de aquellos que manifiestan deterioro de salud mental (27,0%).

Palabras claves: Estilos parentales, Salud mental, adolescentes.

ABSTRACT

The present study had as objective to determine the relation of the dimensions of the parental styles with the deterioration the mental health in secondary students of the city of Casma. Participants were 747 students (389 men and 358 women), ranging in age from 11 to 17 years old of public institutions in Casma, who were given the Brief Parental Scale (BPS) and the General Health Questionnaire Mental (GHQ-12). The numbers correlating of dimensions responsiveness, demand and monitoring (mother and father) with mental health ranged from - ,357 ** to - ,172 **, despite the fact that a weak correlation is statistically significant, where the higher perception of the dimensions parenting styles is the deterioration of mental health. Adolescents' perceptions revealed significant differences for the parents; in terms of mental health, the majority reported suspicion of deterioration (48,5%) followed by those with mental health deterioration (27,0%).

Key words: Parenting styles, mental health, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Se ha verificado en el *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental* (INSM, 2002) que el 36.2% de padres ejercen el maltrato a sus hijos, insultándolos, desvalorizándolos, cuando desobedecen o incumplen tareas; el 43.2% de adultos aplican castigos físicos a la desobediencia, las peleas con los hermanos o las bajas notas, el empleo de estos estilos parentales por lo general guarda relación con el deterioro de la salud mental. Por ello, el no prestarle atención a estos problemas, genera una brecha para alcanzar un estado de bienestar del adolescente. Lamentablemente, en el Perú se dista de un respaldo político dirigido a la salud mental, a diferencias de países desarrollados tales como: Argentina, Sudáfrica y Reino Unido que están dirigidos a la atención primaria (Federación Mundial para la Salud Mental [FMSM], 2013).

De la misma manera, el proceso de pérdida en salud mental de los adolescentes va obstaculizar el modo de percibir la realidad e, incluso, funcionar productivamente alterando sus funciones vitales. El instituto Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, desde el 2002, refiere que los adolescentes son la población más vulnerable de padecer trastornos psíquicos afectando transversalmente sin importar la edad, suscitando cada año al suicidio un millón de personas; problema que acrecienta al no emplear una gestión con presupuesto acorde a la necesidad de la salud mental y familiar, adicionalmente se señala que más del 90% de personas no llegan a acceder a tratamientos oportunos (Fiestas & Piazza, 2014).

Es indiscutible destacar la necesidad de promover un desarrollo y aspiraciones de los adolescentes, para regular su personalidad evitando el menoscabo en su autonomía (Santos, 2015), otra tarea prioritaria es el apoyo parental para prevenir disfuncionalidades; en consecuencia varios estudios señalan que los adolescentes con reportes altos de patologías perciben menor calidad con el apego parental asimismo alto rechazo; algo semejante ocurre con la baja cohesión familiar, la excesiva imposición, el

control psicológico y la decadente relación con el padre, alterando su salud mental.

En consecuencia el Perú presenta una alta prevalencia y cronicidad debido a los trastornos neuropsiquiátricos que componen la primera causa de enfermedad (Velásquez, 2009). Además el panorama que ofrecen los servicios de salud mental en el Perú repercute en un considerable costo económico y social; así como en la relegación y exclusión de gran parte de la población que padece trastornos mentales. De igual manera el Ministerio de Salud (MINSA, 2008) refiere que los problemas mentales prevalecen más durante la infancia y adolescencia, estimando un porcentaje de 15,3%; por ello, las intervenciones preventivas en estas etapas son de gran utilidad para evitar repercutir en edades adultas.

Entonces, el desajuste de los estilos parentales implicaría graves consecuencias en la evolución del adolescentes convirtiéndose en un factor de riesgo, importante para la salud mental (Hoyos et al., 2012); por lo tanto, en los niños y adolescentes que crecen en hogares violentos, aumenta la probabilidad de crecer y desarrollarse repitiendo el mismo contexto, considerando que es parte de la vida cotidiana, continuando con el ciclo cuando se convierten en padres, ejerciendo el mismo estilo parental (Álvarez, Rojas & Vílchez, 2010). Así que el adolescente no es un solo sistema, es un sujeto integrado por diversos sistemas durante el transcurso de su vida pero el más influyente es su entorno familiar por ende el adolescente es el constructor de la historia y de transformar la sociedad porque la adolescencia es una etapa de madurez biosocial, en donde su primera interacción está configurada por los padres (Santos, 2015).

Debe señalarse que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2014) Demostraron que en el Perú los menores de 15 años de edad pertenecen a una familia nuclear evidenciando un porcentaje mayor en el área rural (75,7%) que urbana (68,7%), sin embargo un 21,5 % de menores viven con su madre pero no con el padre, cifra superada por departamentos entre ellos Moquegua con un 27,7% seguido por Madre de Dios, Tacna, Ucayali, Lima y Junín, además se estimaron porcentajes de

mayor proporción en Loreto (10,4%) en donde los huérfanos de 15 años de edad al menos uno de sus padres biológicos o que estando estos vivos no vivían con ellos. De este modo, es importante indicar que la familia no se etiqueta disfuncional por tener a los miembros del hogar fuera, padres divorciados o que tengan conflicto en algún momento, sino aquellas que no responden a sus funciones específicas dentro del área familiar (Santos, 2015), de acuerdo a ello la salud mental de adolescente se verá reflejado en su desenvolvimiento dentro de su entorno social, familiar e incluso personal.

En esta perspectiva, Ancash viene atravesando problemas psicosociales estimando al 44% en violencia intrafamiliar; de cada 10 personas 4 presentan algún tipo de trastorno mental manifestada principalmente por depresión, ansiedad y problemas por consumo de alcohol (Pallasca noticias, 2015). De este modo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014) refiere que el padre, para corregir a sus hijos, recurre a una reprimenda verbal cuando se portan mal, no hacen caso o muestran falta de respeto (55,3%); sin embargo, la figura materna también alcanzó un porcentaje significativo (53,5%). La coerción en los menores fueron ejercidos en su mayoría por la madre (15,7%) a diferencia del porcentaje paterno (11,0%).

Dentro de este orden, en el 2015, el Centro de Emergencia Mujer De Casma (CEM), reportó mayor número de violencia familiar en mujeres (73%) que varones (22%), con alto índice en niños/as y adolescentes (55%) seguidos de personas adultas de 18 a 59 años (43%) en efecto la violencia psicológica ocupa el primer lugar (75%) posteriormente la agresión física (16%) y en tercer lugar la violencia sexual (9%), fomentadas en su mayoría por los padres (40%) y convivientes (23%). También el Ministerio de Medicina Legal (MDL) han reportado atenciones durante todo el año 2015 a 236 personas por violencia familia sumada a ella 279 debido a lesiones por violencia familiar, en el 2016, el umbral de riesgo sigue

teniendo alto índice, codificando a 248 personas atendidas por lesiones familiar.

Los porcentajes del entorno familiar reflejan estilos parentales patologizantes lo que podría ocasionar el deterioro de la salud mental de los adolescentes.

Dentro de este panorama se considera que los estilos parentales es uno de los elementos que intervienen en la salud mental de los adolescentes. En síntesis, a pesar de existir altos porcentajes sobre estilos parentales y los problemas de salud mental no hay investigaciones realizados en la ciudad de Casma, sobre todo en la adolescencia en donde son escasos los estudios.

1.2. Trabajos previos

Urzúa, Caqueo-Urizar, Bargsted e Irrázaval (2015), desarrollaron un estudio sobre ¿Afecta la forma de puntuación la estructura factorial del GHQ-12? Estudio exploratorio en estudiantes iberoamericanos, su muestra estimaba las 1.972 personas correspondientes a 9 países Iberoamericanos de estudiantes de diversas carreras de educación universitaria en las ciudades de Antofagasta (Chile), Lima (Perú), La Habana (Cuba), San José (Costa Rica), Ciudad de México (México), Asunción (Paraguay), Jujuy (Argentina), Bogotá (Colombia) y Barcelona (España), trabajando con la prueba GHQ-12; Los resultados obtenidos indican que los países con mayor prevalencia de enfermedad crónica son Cuba (26,5%) y Perú (15%), y aquellos que poseen el reporte más bajo de enfermedad crónica provienen de México (4,6%) y Colombia (7%).

Madrid (2014), desarrolló una investigación sobre Salud Mental y Calidad de Vida: Estudio Descriptivo-Correlacional en adolescentes que cursan la enseñanza media en colegios de la comuna de graneros, usando una batería de instrumentos: el Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12), los Cuestionarios APGAR familiar y de las amistades de Smilkstein y el Cuestionario de Vida relacionada con la salud KIDSCREEN-52. Contó con una muestra de 304 adolescentes, completando los cuestionarios solo 291

jóvenes de ambos sexos cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 19 años. En las conclusiones indicaron ausencia de síntomas en un 68,4%, sospecha de sintomatología subyacente en un 14,8% y un 16,8% presentó indicadores de trastornos de salud mental. Además se demostró una tendencia de las adolescentes mujeres a presentar mayor sintomatología asociada a trastornos de salud mental que en adolescentes hombres.

Matalinares et al. (2013), efectuaron una investigación sobre la influencia de los estilos parentales en la adicción al internet en alumnos de secundaria del Perú, participaron adolescentes de tercero a quinto de secundaria de 14 ciudades representativas de la costa, sierra y selva, con edades entre 13 y 18 años, para el estudio utilizaron el cuestionario de estilos parentales de Parker, et al. (1997) y el test de adicción al Internet de Young (1998), Los resultados mostraron que los estilos parentales disfuncionales influyen en la adicción al Internet. Además demostraron una mayor incidencia de adolescentes con adicción al Internet en la costa, mientras que en la sierra hay una mayor percepción de estilos parentales disfuncionales. También se halló que los hogares monoparentales evidencian un mayor uso de estilos parentales disfuncionales (indiferencia, abuso y sobreprotección).

Casassus et al. (2011), llevaron a cabo un estudio sobre Parentalidad y Salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar, participaron 2, 347 adolescentes pertenecientes a las ciudades de Antofagasta, Santiago y Concepción. La recolección de datos se llevó en el 2007 y 2008. Para la investigación se aplicó el instrumento CNAP-Plus, una adaptación chilena del CNAP; el cuestionario consiste en un autorreporte y cuenta, entre otras, con escalas de Control Conductual, Control Psicológico, Apoyo Social Parental, Iniciativa Social, Depresión (Achenbach) y Comportamiento Antisocial (Achenbach). Los resultados demostraron que los adolescentes que perciben a sus figuras parentales con alto apoyo para exploración social y una alta percepción de respeto a su individualidad, desarrollan menos atributos propios de la sintomatología depresiva, menos conductas de tipo antisocial y una mejor Iniciativa Social.

Betancourt y Andrade (2011), desarrollaron un estudio referido al control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. Su muestra fue conformada por 587 estudiantes de secundaria pública de Ciudad de México. Para el estudio aplicaron la Escala de Percepción de Control Paterno y Materno para Adolescentes y la versión ajustada del Youth Self-Report. Los resultados mostraron que, en general, el control psicológico tanto materno como paterno tuvo una mayor influencia que el control conductual en la presencia de problemas emocionales y de conducta.

Florenzano et al. (2011), efectuaron un estudio referente a la relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes Chilenos. Realizaron un muestreo aleatorio trietápico en 27 escuelas escogidas de un listado nacional confeccionado por el Ministerio de Educación de Chile, de las 27 escuelas muestreadas, nueve eran municipales, ocho subvencionadas y diez privadas, el total de alumnos fue de 2.346 durante 2007 a 2009, cuyas edades incluía en el rango 13 – 20 años. El instrumento de evaluación utilizado fue una adaptación en castellano (CNAP Plus) de la escala CNAP desarrollada en un estudio transcultural por Barber et al., entre 1999 y 2004, la ideación suicida se midió a través de la declaración: 'He pensado en formas de matarme', las respuestas posibles eran: 'no es cierto/no se aplica', 'a veces cierto/algo cierto' y 'muy cierto/a menudo cierto' y para determinar los síntomas depresivos utilizaron la variable depresión de Achenbach. Sus resultados demostraron que aunque son débiles, las correlaciones indican que existiría una relación inversa entre ideación suicida y las dimensiones de estilos parentales.

Santamaría (2009), realizó una investigación sobre la Relación entre los estilos de Parentalidad y el grupo de pares con el consumo de drogas en estudiantes adolescentes del Distrito Federal de México. Emplearon preguntas sobre el consumo de drogas, escala de Parentalidad y escala de relaciones con los pares. El objetivo del estudio fue conocer la relación que existe entre los estilos de parentalidad y el grupo de pares en la influencia

del consumo de drogas. Concluyendo que los estilos de parentalidad y el grupo de pares influyen en el consumo de drogas en los estudiantes adolescentes.

Oliva, Parra y Arranz (2008), desarrollaron un estudio sobre Estilos relacionales parentales y Ajuste adolescente, realizado sobre una muestra de 848 adolescentes de Sevilla; utilizaron la escala de estilos parentales, Youth self report, satisfacción vital y autoestima. El estudio ofrece un modelo de categorización de las relaciones entre padres e hijos que posee un carácter bidireccional. El estilo materno y el paterno fueron evaluados por separado, encontrándose una alta coincidencia entre ambos estilos pero que esto no los hacía semejantes, que además mostraron una relación muy significativa con el ajuste de chicos y chicas.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Estilos Parentales

González y Hertenberg (2008:2) mencionaron que “este mismo constructo ha recibido diversos nombres tales como estilos educativos paternos o familiares y estilos parentales o de relación parental, dependiendo por lo general de si la perspectiva utilizada es pedagógica, sociológica, antropológica o psicológica.”

Darling y Esteinberg (1993, citado en Cumsille, Martínez, Rodríguez & Darling, 2014) lo describen como un grupo de actitudes que los padres transmiten a los menores a través de la relación creando un clima afectivo en el cual los comportamientos de los progenitores son interpretados por los niños y adolescentes, además los estilos parentales sobre socialización parental tendría un impacto, tanto directo como indirecto. Siendo esta la definición que se utilizó para el estudio de la variable.

Uno de los modelos pioneros y más elaborados acerca de los estilos parentales es de Diana Baumrind “modelos de autoridad parental”, siendo utilizado ampliamente en estudios acerca de las consecuencias de la socialización familiar sobre el desarrollo de niños y adolescentes. “Específicamente, Baumrind hipotetizó que los estilos de interacción parental modificaban la apertura de los

niños a los intentos socializadores de sus padres” (Cumsille et al., 2014:2). Su estudio estaba referido al apoyo y control parental, autonomía y el desarrollo del hijo.

Posteriormente surgieron nuevos aportes de los cuales Maccoby y Martín dieron continuidad al trabajo de Baumrind, ellos propusieron un modelo bidimensional y definieron el estilo parental en base a dos dimensiones, responsividad y demanda parental. A partir de estas tipologías se desarrollaron tres dimensiones: responsividad/afecto, demanda/expectativas y monitoreo que integran a la escala parental, siendo el objeto de estudio que describen la calidad de los padres e hijos y su relación (Broderick & Blewitt, 2003; Steinberg, 1991; Renee, 2006, citados en Santamaría, 2009; Cumsille et al., 2014):

- Responsividad/calidez:

Referido a los comportamientos de los miembros de la familia. Involucra afecto, apoyo y disponibilidad de los padres hacia los hijos (Cumsille et al., 2014; Capano, González & Massonnier, 2016). Por consiguiente Florenzano et al., (2011) refiere estar relacionado con el desarrollo psicológico y emocional del niño adolescente; cuando los progenitores extinguen afecto e inducen culpas, invalidan sus sentimiento o restringen las expresiones verbales de sus hijos, esto puede relacionarse con la depresión y conductas antisociales en los adolescentes, por lo contrario los padres muestran aceptación y apoyo se relaciona positivamente con sus conductas prosociales y la competencia interpersonal de los adolescentes (Florenzano, et al., 2011).

- Demanda/control:

Son las expectativas parentales, los hijos deben respetar valores y reglas, de esta manera los progenitores controlan el comportamiento de sus hijos a través de conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones (Cumsille et al., 2014; Capano et al., 2016). Aquellos que carecen de supervisión parental pueden estar más expuestos a ser influenciado por sus pares sobre todo de aquellos que emplean un liderazgo inadecuado, suscitando conductas antisociales no obstante aquellos adolescentes que reciben

control parental ayuda a su autorregulación e impulsa conductas socialmente aceptadas (Florenzano et al., 2011).

- Monitoreo:

Estar pendientes de las actividades y relaciones de los hijos, es poder conocer o tener la información necesaria de lo que hacen los adolescentes, conocer sus actividades e incluso a sus amistades (Cumsille et al., 2014). El empleo de monitoreo parental ayuda a evitar comportamientos externalizantes en sus hijos adolescentes, cuando este es regulado por la padres.

Bamrind; Maccoby y Martín (1966, 1983, citados en Santamaría, 2009) consideran a la demanda y la responsividad como las dimensiones del cuidado de los hijos más importantes.

Otros investigadores han identificado cinco estilos de parentalidad (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz & Amador 2006, citados en Santamaría, 2009):

- Involucramiento parental o responsividad parental: los padres se interesan por las necesidades de sus hijos apoyándolos en lo que requieran.
- Monitoreo Parental: tener reportes de lo que sus hijos hacen cuando están en casa o fuera de ella.
- Educación parental evasiva: desinterés por los hijos/as, llegando a descuidarlos.
- Aliento parental: emplean relaciones afectuosas con sus hijos alimentándolos en toda sus actividades.
- Educación parental inconsistente: los padres ejecutan las amenazas verbales o privaciones con el objetivo de insertar la disciplina. Además no cumplen con los castigos o premios ofrecidos. Estas características afecta la relación de padres e hijos.

La familia es el primer contacto del recién nacido, siendo la piedra angular de su formación. Del mismo modo cumple el proceso de socialización preservando un conjunto de relaciones que mediante la interacción de sus miembros busca satisfacer todo tipo de necesidades para un bienestar reciproco (Musitu, 2015).

Por lo tanto, la familia es un microsistema en donde las actitudes, ideas y valores se aprenden e intercambian, al mismo tiempo se presentan las contradicciones haciendo una mezcla de satisfacción y sufrimiento pero que los acerca a la autonomía. Sin duda alguna y aunque no siempre, es la mejor entidad para el crecimiento del menor (Musitu, 2015).

1.3.1.1. Familia como agente causal

La unidad familiar para muchos autores es considerada como el elemento transversal de causalidades para el desarrollo individual de los hijos, porque a su vez realiza una función psicológica permitiendo la construcción de sus identidades, roles y ajuste social además de instaurar valores que ayuden a su madurez y autonomía (Santamaría, 2009).

No obstante, para Castro (2003) parece inobjetable etiquetar a la disfunción familiar como agente causal de psicopatologías; sin embargo, los hogares están asociados a problemas comportamentales de los niños y adolescentes pero no necesariamente es la etiología. Porque así como la pobreza no es la única variable que explica la explotación infantil, existiendo familias pobres que no ponen a sus hijos a trabajar.

Puede que no sea la etiología una familia disfuncional pero cabe señalar que va generar perturbaciones e inestabilidades emocionales afectando el desenvolvimiento del individuo con sus pares y en su relación intrapersonal porque está inmerso para dar el soporte de bienestar.

Asimismo es considerado como el núcleo fuerte que puede ayudar a sobresalir de cualquier obstáculo (Musitu & Cava, 2001, citado por Lorence, 2008). Por otro lado han indicado que es ahí donde se adquiere los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiadas, ocupando el primer lugar para prepararlos a qué normas deben seguirse para ser un miembro de la sociedad y alcanzar el éxito social. Partiendo de este aporte el desarrollo del niño y adolescente se ve influenciado por el seno familiar, a través del estilo parental que perciben de los padres (Lerner & Steinberg, 2004, citado por Lorence, 2008).

1.3.1.2. Familia factor protector

Las investigaciones han confirmado que las relaciones positivas entre padres y adolescentes conducen un mejor bienestar evitando problemas comportamentales, además el estilo parental autoritario, indulgente y negligente están vinculados con consecuencias negativas de los menores (Blake, 2010; Ibabe, 2015).

La presencia del apoyo familiar logrará mejor estabilidad y desenvolvimiento del niño y adolescente. Es por ello que la autoridad parental representa el vínculo entre padres e hijo de forma inevitable y necesaria; se ha venido mencionando que la autoridad parental durante la adolescencia surgen cambios en relación a la crianza (Kuhar, 2010).

Esto relaciona a la familia como ente fundamental de desarrollo y enseñanza; sin embargo al existir interacciones inadecuadas entre los miembros, puede convertirse en un factor de riesgo.

Musitu, Jiménez, Estévez y Villarreal, (2009) propusieron: Escuchar las opiniones de los hijos, evitar ser excesivamente rígidos y autoritario con el adolescente, evitar la coerción, ofrecer el apoyo a los hijos principalmente cuando se encuentran en apuros, comunicarse con mensajes congruentes y claros, cumplir con lo ofrecido, expresar sentimientos y proponer alternativas de solución en conjunto.

Respecto a lo mencionado en líneas arriba, los padres como primer ente socializador van forjando la identidad del adolescente así como su relación con los otros medios en el que se desenvuelve, la interacción que establecen los padres con su entorno familiar es la clave para que el adolescente pueda emprender y construir su proyecto de vida (Reyes et al., 2016).

1.3.1.3. Familia y adolescencia: su influencia en la crianza

La forma como se ejerce la crianza influye en el desenvolvimiento del adolescente no solo para mantener habilidades sociales sino para su vida personal funcionando productivamente, asimismo “las prácticas de crianza empleadas por los progenitores varían de unas familias a otras” (De la Torre,

Casanova, Cruz, Villa & Cerezo, 2011:578); cada individuo proviene de distintos sistemas en donde intervendrá a su nuevo entorno familiar, la actitud extrema y la limitación del conocimiento sobre los comportamientos de ambos padres influirá en el crecimiento de sus hijos (De la Torre et al., 2011).

La adolescencia, según la OMS (2014), es comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Los autores Inglés, Estévez, Piqueras y Musitu (2012) definieron a la adolescencia como un periodo de numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales. Entre los cambios sociales destacan la interacción con sus padres poniendo a prueba la adaptación parental, por lo que supone un principal reto para la familia cuando el hijo llega a la adolescencia, pudiendo producir la desorganización de las pautas establecidas en la familia, siendo necesario generar nuevas reglas que faciliten la convivencia con los hijos (Inglés et al., 2012). Las normas y límites no deben faltar en los hogares, para evitar sentimientos de abandono, creer que no son importantes o de no ser queridos. En muchas situaciones los adolescentes se han revelado ante las reglas impuestas por los padres y por más en desacuerdo que estén de los progenitores deben verlos como sus modelos intrínsecamente valorizados (Santamaría, 2009).

Por consiguiente los problemas de comportamiento de los adolescentes en el colegio se manifiestan como alarma para las sociedades (Moreno, Estévez, Murgui & Musitu, 2009). Indiscutiblemente durante esta etapa, la familia como ente de socialización, debe ir transformándose de un sistema protector a prepararlos para ser más independientes, dándole responsabilidades logrando su autonomía y autocontrol, los padres, hasta la adolescencia, sigue cumpliendo el papel fundamental para la construcción positiva de la identidad del menor (Roldán, 1998 citado en Lorence, 2008). Por lo tanto, el niño que mantiene conductas autónomas tendrá mejor desenvolvimiento que otro niño con moralidad heterónoma, de esta manera se insertará a la adolescencia adaptándose a cualquier entorno social (González & Hertenberg, 2008).

Oliva et al. (2008), hacen hincapié que cuando los adolescentes muestran un comportamiento que es inapropiado para los padres, muchos de ellos emplean el control psicológico, refiriéndose a estrategias intrusivas y manipuladoras, como la

instigación de culpa o el replegar su afecto, en efecto esta práctica produce un inadecuado desarrollo de su identidad personal y autonomía.

Pero cuando existe la comunicación en el contexto familiar, en donde el adolescente presenta predisposición de comunicar sus actividades que realizan cuando sus progenitores no están presentes, por ejemplo: el contarle de sus tareas del colegio, las salidas con sus pares o el inicio de su enamoramiento, entre otros, favorece en el comportamiento de sus hijos, por lo que es considerado como una estrategia etérea de control parental previniendo patologías o comportamientos de riesgo (Kerr & Stattin, 2000 citado en Oliva et al., 2008).

Blake (2010) ha identificado series de factores que influyen en los tipos de padres, dentro del grupo está las horas de trabajo, relación civil, situación económica, propósito de vida, relaciones interpersonales, entre otros. Pero el factor más significativo de acuerdo a las teorías, son sus creencias culturales y su propia experiencia con sus padres (Gallimore, Goldenberg, & Weisner, 1993; Súper & Harkness, 1986; Sy et al., 2007, citado en Blake, 2010).

La relación de padres e hijos han sido estudiadas por muchos investigadores; sin embargo, es complicado afirmar qué tipo de padres es el adecuado, pero para determinar su impacto en el desarrollo del adolescente, la familia es considerada como el grupo primario de socialización; las investigaciones siguen aportando teorías donde se señala que la participación de los progenitores tienen el potencial de beneficiar en todos los niveles, desarrollando la autonomía e identidad, incluso es altamente significativo el involucramiento de los padres desde la etapa preescolar hasta la universidad (Blake, 2010; Cárdenas, 2013).

Por otra parte, Baumrind y Fletcher, Steinberg y Sellers (1991; 1999, citados en Oliva et al., 2008) refieren que los insuficientes estudios sobre estilos materno y paterno por separado, han demostrado que por más coincidencia entre ambos difieren de lo global: del 100% solo el 76% de parejas concordaban en su estilo. En este caso es necesario tener claro que ambos padres deben emplear un estilo coherente para el ajuste del adolescente; no obstante, aunque los progenitores coincidan en sus estilos basta que sólo un padre sea democrático para que el

adolescente muestre mayor competencia de aquellos pares que no tienen ninguno.

Es considerable conocer el marco teórico sobre otras variables como son las diferencias de género en el cuidado de los hijos, haciendo que las familias se relacionen de diferente manera (Holden & Miller, 1999; Renee, 2006 citados en Santamaría, 2009).

Cookston (1999, citado en Santamaría, 2009) en su estudio realizado con jóvenes encontró que altos niveles de supervisión paternal, tenían como resultado menor consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas). Mientras que las jóvenes con niveles medios de supervisión parental obtienen alto nivel de consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo, las investigaciones revelan que las madres y padres se conducen de disímil manera con sus hijos. Walker (1994, citado en Santamaría, 2009:30) “encontró que las madres valoran la cordialidad más que los padres, ellos están más concentrados con el comportamiento perjudicial que su homólogo”.

Por otro lado en otro estudio de una muestra de latinos, encontraron que los padres usan más disciplina y las madres más educación, agregando a lo mencionado Grossman (1995, citado en Santamaría, 2009) señala que los padres son más autoritarios que su conyugue, ellas optaban por ser más autorizadas con sus hijas.

Los estudios refieren que el género influye en la comunicación familiar, en donde las féminas tienen mayor comunicación con sus madres que los varones, posiblemente por su disponibilidad y porque son percibidas como más expresivas y comprensivas, la contra parte es que hay mayor probabilidad de discusiones (Arranz, 2004 citado en Santamaría, 2009).

Respecto a lo mencionado, la figura paterna en un hogar monoparental es identificado en la investigación que puede proveer déficit en el control y supervisión, contribuyendo al desajuste social, repercutiendo ya a la salud mental del adolescente (Arranz, 2004 citado en Santamaría, 2009).

1.3.2. Salud Mental:

Es el estado general de bienestar de una persona más no la ausencia de enfermedad, debido a que el ser humano está en constante interacción con otros medios.

Para David Goldberg, autor del instrumento que evalúa el grado de salud general en este estudio, la define como la capacidad para realizar actividades diarias normales o adaptativas, sin la manifestación de eventos o fenómenos perturbadores o síntomas psicopatológicos (Villa, Zuluaga & Restrepo, 2013).

Su interés por conocer el nivel de la salud mental, permite a Goldberg crear un instrumento de screening (GHQ-12) de los problemas afectivos con la intención de identificar la severidad de disturbios emocionales, el origen de los reactivos se fundamenta en estudios sobre enfermedades mentales. Además señala que recorre cuatro áreas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Cuyos ítems fueron seleccionados de la Escala de Ansiedad de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenc y el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (Victoria, 1999 citado en Villa et al., 2013). Complementando así su enfoque teórico desde la perspectiva de la psicología de la emoción comprendiendo tres sistemas de respuestas: Cognitivo, conductual y fisiológico/adaptativo. De este modo se identifica la capacidad para realizar actividades diarias normales o adaptativas, la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto, centrándose en conductas desadaptativas menores a nivel personal y social. (Godoy-Izquierdo, Godoy, LópezTorrecillas & Sánchez-Barrera, 2002 citado en Villa et al., 2013).

1.3.2.1. Elemento fundamentales de Salud Mental

Para ayudar a la atención cooperativa de la Salud Mental se estiman cuatro elementos fundamentales (FMSM, 2013) (a) Facilidad de acceso, se refiere a la oportunidad de los servicios en salud mental según la necesidad del paciente, aquí incluye la promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad sin exclusión alguna; (b) Estructuras cooperativas, es la colaboración y apoyo de los proveedores de crear o formar y organizar los acuerdos de atenciones; (c) Riquezas de colaboración, amplia gama disciplinaria, profesionales capacitados

con la finalidad de proveer servicios de calidad, y (d) Consumidor, demanda al usuario estar involucrado en todo los aspectos de atención, satisfaciendo sus necesidades.

Vulnerar la atención a los adolescentes puede afectar en su inclusión y generar dificultades para adquirir habilidad o potenciarlas, cuando este sea contrario el adolescente será capaz de hallar herramientas para adaptarse a cualquier entorno social (UNICEF, 2011).

Alvarado (2011) presentó algunos elementos esenciales:

- Disponibilidad: Acceder a salubridades adecuadas, nosocomios, personal médico capacitado, así como medicamentos esenciales. Esto compone cuatro elementos: (a) Facilidad para la obtención a los servicios y bienes; (b) Disposición a los establecimientos geográficos; (c) Prestar servicio de apoyo económico para todos, en especial para los más desfavorecidos, y (d) Datos accesibles.
- Admisible: Implica organización en acciones socioculturales y sistemas de salud.
- Calidad: Son los servicio eficientes, profesionales y medicamentos de calidad así como el equipo hospitalario.

En consecuencia la tasa de enfermedades mentales son cinco de las diez principales causas de morbilidad en el mundo de acuerdo con el informe de la OMS (2013), por otro lado el suicidio varía según factores sociodemográficos incluyendo al estado mental; en contraste la atención implica desafíos para la salud pública y lograr que el riesgo de las personas se diste desde la adolescencia temprana a la edad avanzada. Reforzar la prevención primaria incrementará la salud mental, reduciendo la tasa de suicidio logrando la exclusión de las principales causas de muerte en el mundo. Además se calcula que los trastornos mentales en el 2020 corresponderá a un porcentaje de 15% convirtiéndose la depresión como la segunda causa; en su mayoría de países que no cuentan con políticas de salud mental que incluyan a niños y adolescentes (Alvarado, 2011; OMS, 2013; Fiestas & Piazza, 2014).

1.3.2.2. Salud mental y adolescente

En la actualidad, la mayor población en el mundo es habitada por los adolescentes, pese a ello son quienes reciben menos atención. Los progenitores, miembros de la familia y demás grupos de socialización son garantes de originar y proteger el progreso del adolescente (UNICEF, 2011).

Esta etapa atraviesa un proceso de duelo por que los adolescentes abandonando la pubertad, afrontando diferentes problemas de salud, obstaculizando el desarrollo emocional y físico, quienes no todos están orientados ni preparados para asumir los cambios fisiológicos (UNICEF, 2011).

Durante el periodo adolescente, en algunas investigaciones, los resultados han corroborado teorías sobre los contextos familiares y su influencia directa para el ajuste psicológico del adolescente; desencadenando el riesgo de presentar síntomas depresivos, ansiedad y estrés, incrementando mayores cifras de suicidio en adolescentes (Hoyos et al., 2012).

1.3.2.2.1. Factores familiares asociados con la conducta suicida en adolescentes

A. Salud física y mental de los miembros de la familia

Existe una alta prevalencia de relación en donde el estado de salud mental familiar esté involucrado con el riesgo suicida, sin embargo no hay evidencias para considerarse una relación directa; pero la falta de cohesión y conducta delictiva familiar podrían describir mejor su asociación (Vargas & Saavedra, 2012). Antecedentes de padres que atribuyen ofensas a los hijos genera intentos suicidas evidenciando una asociación directa (Evans, Hawton & Rodham, 2004, citado en Vargas & Saavedra, 2012)

B. Relaciones familiares

La ausencia de apoyo parental está directamente involucrada con el intento suicida de los adolescentes a diferencia de aquellos que mantienen lazos afectivos, momentos familiares comunicación asertiva y la comprensión de sus padres, estos últimos factores reduce el riesgo de intento o ideación suicida (Evans, Hawton & Rodham, 2004, citado en Vargas & Saavedra, 2012). Por lo

general la familia influye en el desenvolvimiento del adolescente mediante su interacción ya sea esta de forma adecuada o inadecuada.

Las evidencias anteriores permiten considerar a las prácticas parentales como consecuencia asociada a diferentes problemas de salud mental, como son los problemas de conducta en el colegio o casa, el consumo de sustancias psicoactivas, autolesiones, deserción de los estudios o lo ya mencionado al suicidio.

1.3.2.3. Salud mental en pautas de crianza

Cuervo (2010) manifestó diversos factores biopsicosociales relacionados con la salud mental de los padres y cuidadores que generan perturbaciones en los hijos ocasionando estrés, depresión, agresividad u otras alteraciones que afectan los estilos de crianza. De acuerdo a lo que señala Cuervo, es prioritario reconocer cuáles son los factores de riesgo con la finalidad de integrar elementos preventivos para la salud mental de cada miembro familiar. Porque el aumento de los conflictos entre los padres y niños obtendrá resultados negativos atrayendo más síntomas de trastornos como la ansiedad y depresión (Blake, 2010).

A nivel nacional e internacional, las publicaciones referente a la influencia del contexto familiar en la salud mental han descrito altos porcentajes de trastornos mentales en mayoría de la población; por ejemplo, en el estudio hecho en Colombia se encontró que la baja cohesión familiar y las dificultades de relación padre e hijo son los factores de riesgo más relevantes en los adolescentes (Hoyos, et al. 2012); en los resultados de la investigación hecha en Perú sobre la satisfacción familiar y salud mental en alumnos se considera que a mayor satisfacción familiar menor es la presencia de los indicadores de salud mental (Tirado et al., 2008), por ende cuanto más sea el lazo afectivo de los padres con los hijos y su expresión de apoyo, ampliará positivamente la salud del adolescente.

Escalante y López (2002, citado en Santamaría, 2009) mencionan que constituyen siete funciones elementales que debe cumplir la familia:

1. Brindar identidad al menor: más allá de los nombres y apellidos es también las características psicosociales, incorporando valores personales, estilos de vida y otros elementos que lo individualizan.

2. Proveer protección: desde el nacimiento depende del cuidador para su adaptación en el entorno social, paulatinamente con el tiempo van alcanzando autonomía.
3. Desarrollar y establecer la seguridad básica: la adecuada satisfacción del contacto físico, la calidez y la atención les permite crecer con la convicción de sentirse querido e importante, principalmente por los progenitores.
4. Brindar las primeras y más importantes experiencias sociales: la familia es la primera escuela, enseñando al adolescente interactuar y compartir su espacio con aquellos que conviven.
5. Dictar y determinar la introyección de normas sociales de convivencia: determinar qué es lo correcto, enseñando a diferenciar lo que es permitido de lo que no lo es en su entorno ayudando al ajuste social del adolescente.
6. El aprendizaje de la experiencia amorosa: mediante el contacto físico, el individuo aprende transmitir sus emociones y sentimientos sin temor, siendo parte del desarrollo de las habilidades blandas contribuyendo a su futuro y de establecer relaciones afectivas significativas.
7. Construir un filtro con el resto de la sociedad: la familia está involucrada en el moldeamiento del adolescente, estableciendo una gama de pautas sobre comportamientos. Lo brindado puede ser positiva como negativa, en consecuencia traería posibles problemas antisociales u otros que alteren la salud mental del adolescente.

1.3.2.4. Personas consideradas mentalmente sanas

Existen diversas características en personas mentalmente sanas (Acosta & Schultz, 2004; Schultz, 2002, citados en Castro, Mebarak, Salamanca & Quintero, 2009); esto son:

- Apertura a la experiencia: no presentan ambivalencias emocionales y mantienen capacidad de adaptación sin deformar sus experiencias.

- Constante desenvolvimiento: Cada momento vivido es disfrutada con espontaneidad.
- Confianza en el organismo: se caracterizan por mantener alto nivel de inteligencia intrapersonal.
- Mantienen fortaleza de expresión sin vulnerar sus derechos: son conscientes de sus acciones, asumiendo responsabilidad por sus decisiones y conducta.
- Integrada por personas con pensamientos holísticos que viven de manera constructiva, presentando alto nivel de desenvolvimiento positivo para su adaptación.

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre las dimensiones de estilos parentales y la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma?

1.5. Justificación del estudio

El vínculo entre los progenitores y sus hijos es una relación que influye en cada miembro del sistema familiar, esto puede constituir beneficios o daños; por ello es un importante tema de estudio sobre todo para su repercusión en el desarrollo adolescente. La razón principal es generar nuevos conocimientos sobre la realidad parental y contrastar como afecta a la salud mental del adolescente, contribuyendo en la actualización de las teorías con los hallazgos del estudio.

Presenta una alta relevancia para el investigador como al lector sobre todo para contribuir a la sociedad en donde diversos estudios y la literatura han relacionado interferencias en disímiles ámbitos de los adolescentes determinando la influencia en su desenvolvimiento; esto permitirá el conocimiento de la realidad de Casma sobre todo tener la información de la situación acerca de la salud mental del adolescente, siendo de interés no solo para el profesional de salud sino también para el público en general.

Por consiguiente el estudio dará a conocer la relación que pueda existir con otras variables y así establecer nuevas líneas de investigación acerca del tema, los resultados de este conllevará a incrementar y actualizar los datos, siendo un aporte a la comunidad científica. Además servirá como antecedente para futuros estudios.

La investigación resulta de gran interés, porque a través de sus resultados podrá contribuir en la atención primaria, fortaleciendo la necesidad preventiva; permitiendo a las autoridades de la localidad en crear programas o talleres dirigidos a cambiar estilos parentales patologizantes, además en fortalecer una mejor atención a los estudiantes consiguiendo una buena convivencia escolar entre los agentes de la educación y con sus progenitores.

1.6. Hipótesis

Hipótesis general

H_i: Existe relación entre las dimensiones de estilos parentales y la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

Hipótesis específicas

H_{i1}: Existe relación de las dimensiones de la escala parental materna y la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

H_{i2}: Existe relación de las dimensiones de la escala parental paterna y la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

1.7. Objetivos

1.7.1. General:

Determinar la relación entre las dimensiones de estilos parentales y la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

1.7.2. Específicos:

Identificar los niveles de las dimensiones de estilos parentales en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

Identificar los niveles de la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

Establecer la relación de las dimensiones de la escala parental materna y la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

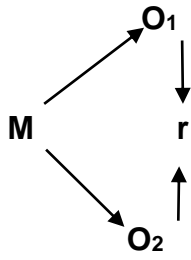
Establecer la relación de las dimensiones de la escala parental paterno y la salud mental en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas de Casma.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación.

Corresponde a un estudio Correlacional, porque describe la relación entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El diagrama o esquema es el siguiente:



Donde:

M = Estudiantes de secundaria.

O₁ = Estilos parentales.

O₂ = Salud mental.

r = Relación entre las variables.

2.2. Variables, operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Medición
Dimensiones de los estilos parentales	Para Darling y Esteinberg (1993 citado en Cumsille et al., 2004) lo describe como un ejemplo de actitudes que los padres comunican a sus hijos a través de las interacciones con ellos y que crean un clima afectivo en el cual los comportamientos de los padres son interpretados por los hijos.	La escala parental breve fue desarrollada por Cumsille, Martínez, Rodríguez y Darling, consta de 12 ítems. Y evalúa dimensiones parentales (papá y mamá): responsividad parental, demanda parental y monitoreo parental. Su calificación es en escala Likert: muy en desacuerdo= 1 En desacuerdo = 2 Entre uno y otro = 3 De acuerdo = 4 Muy de acuerdo = 5	Responsividad: 1 - 2 - 3 - 4 Demanda: 5 - 6 - 7 - 8 Monitoreo: 9 - 10 - 11 - 12	Escala
Deterioro de la salud mental	Para David Goldberg, autor del instrumento que evalúa el grado de salud genera, la define como la capacidad para realizar actividades diarias normales o adaptativas, sin la manifestación de eventos o fenómenos perturbadores o síntomas psicopatológicos (Villa, Zuluaga & Restrepo, 2013).	Consta de 12 proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala Likert con valores de 0 a 3, en las categorías de respuesta, donde a mayor puntuación, peor es el nivel de salud mental. Se desprende en tres categorías: ausencia de psicopatología, sospecha de psicopatología y presencia de psicopatología.	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12	Escala

2.3. Población y muestra

La población estuvo constituida por 2269 estudiantes del nivel secundario, de ambos sexos desde los 11 a 17 años de los colegios públicos, ubicados en la zona urbana de Casma (tabla 4).

La presente investigación conto con una muestra de 747 estudiantes de colegios estatales mixto, y los grados escolares van desde el 1er. Año hasta el 5to. Año de secundaria, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión (tabla 5).

Para determinar la muestra se utilizó un método de muestreo probabilístico aleatorio de tipo estratificado y el tamaño muestral se calculó en base a una $\alpha=0,05$, es decir, con un nivel de confianza de 95%, y un margen de error de 2%, para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande con respecto a la población (2269). A través de la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

N= Universo.

Z= Nivel de confianza

p= probabilidad a favor

q= probabilidad en contra

E= error de estimación

Las características de inclusión de los adolescentes fue pertenecer a cualquiera de ambos sexos, cursar del primero al quinto año de secundaria de los colegios públicos ubicados en la zona urbana de Casma, alumnos de 11 años de edad hasta los 17 años, tener a sus padres vivos y que los adolescentes debieran participar voluntariamente, siendo requisito asentir previamente.

Solo serán excluidos los adolescentes con presencia de discapacidades físicas, mentales, cognitivas o neurológicas referidas u observables, alumnos menores de 11 años y mayores de 17 años, alumnos que tengan a uno o ambos padres fallecidos, aquellos que no pertenezcan a los colegios seleccionados y estudiantes que invaliden el instrumento de medición: desarrollado con errores o que dejen de contestar los ítems propuestos.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnica.

Se aplicó la técnica de encuesta. El cuestionario es aquella que se desarrolla sobre la base de una herramienta o instrumento además de la observación.

2.4.2. Instrumentos.

- Ficha de datos sociodemográficos.
- Escala parental breve (EPB).
- General health questionnaire o cuestionario general de salud mental de Golberg (GHQ-12).

2.4.2.1. Ficha de datos sociodemográficos

Cuestionario diseñado para fines de la investigación donde se recolecta información de los participantes acerca de: sexo, edad, grado, convivencia familiar, nivel de estudio de los padres, número de hermanos y lugar que ocupa.

2.4.2.2. Escala parental breve (EPB)

La primera versión fue el Parenting Style Index (PSI I) diseñado originalmente para evaluar el constructo de estilo parental, posteriormente Parenting Style Inventory II por Darling y Toyokawa (PSI-II - 1997), partiendo de éste en Chile se realizó el estudio por Cumsille, Martínez, Rodríguez y Darling que adaptaron la prueba en una versión más breve de doce ítems, que compone tres dimensiones que evalúan responsividad parental, demanda parental y monitoreo parental; la consistencia interna es apropiada para las tres subescalas, siendo el valor más bajo ,81 para la escala de monitoreo, tanto para padres como para madres, además los ítems por cada subescala mostró asociaciones en la dirección esperada con otras dimensiones parentales, tales como confianza y control

psicológico, lo que apoya la validez concurrente del instrumento. Las puntuaciones se asignan en escala Likert, con valores de 1 a 5. Esta última versión es la que empleó en el estudio.

2.4.2.3. General Health Questionnaire o cuestionario general de salud mental de Goldberg (GHQ-12)

Es un instrumento de despistaje de problemas psiquiátricos en poblaciones no clínicas. Su aplicación va dirigida a población general; por lo que ha sido traducido a más de 38 idiomas. Su versión original fue diseñada en base a 60 ítems por David Goldberg en el 70, desarrollándose posteriormente nuevas versiones de 30, 28 y 12 preguntas. La última versión es la que se utilizó en esta investigación; el instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas, ya que presenta un excelente coeficiente de alfa ($\alpha = ,90$), su validez de criterio obtiene una sensibilidad del 76 por 100 y una especificidad del 80 por 100. Además por su alta consistencia interna la definen unidimensional (Garmendia, 2007; Madrid, 2014; Simancas-Pallares, Arrieta & Arévalo, 2017). Las puntuaciones para cada respuesta del GHQ-12 oscilan entre 0 y 3. Este cuestionario ha sido adaptado y ampliamente utilizado en España, también ha sido objeto de adaptación y validación en Chile (Garmendia, 2007). En el 2013 Merino y Casas realizaron una revisión psicométrica del cuestionario en 874 adolescentes de colegio estatal ubicado en el distrito de Chorrillos obteniendo una confiabilidad de ,749. Asimismo en el 2015 efectuaron un estudio preliminar de las propiedades psicométricas de la estructura interna y confiabilidad del GHQ-12, en una muestra de 75 estudiantes (43 varones y 32 mujeres) del 1ero al 5to año de secundaria de Casma; el análisis estadístico determinó al instrumento con coeficiente de alfa bueno ($\alpha = ,809$) y sus intervalos de confianza permiten considerar al GHQ-12 como un instrumento satisfactorio para fines descriptivos de su aplicación (Saavedra, Rojas & Merino, 2015, inédito).

2.5. Métodos de análisis de datos

Se realizó la revisión de los instrumentos a utilizar, posteriormente a la organización de las pruebas, incluyendo la ficha sociodemográfica y el consentimiento informado; los datos obtenidos fueron procesados a través del

programa SPSS versión 23.0; cuyos resultados son expuestos en tablas y su análisis es de tipo descriptivo e inferencial. De la estadística descriptiva se utilizó las distribuciones de frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales para la caracterización de la muestra e identificar los niveles de cada variable.

Luego se usó la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov para determinar la normalidad de la distribución de los datos, tras el análisis estadístico mostraron una distribución asimétrica procediendo a comprobar las hipótesis con la prueba estadística de Spearman (tabla 7 - 8).

2.6. Aspectos éticos

Según el código de ética que determina al psicólogo del Perú, bajo el Título IV, Art. 20, se respetó el derecho de confidencialidad, salvaguardando la información de los participantes.

Asimismo se les informó de todas las características de la investigación y explicar aspectos que puedan influir en su decisión de participar, protegiendo su bienestar y dignidad. Respetando su decisión de ser parte o retirarse de la investigación.

Para la confidencialidad de la información, se adjuntó un modelo de consentimiento informado para los participantes. Además cuenta con el respectivo proceso de citado bibliográfico, guardando y respetando el derecho de creación de cada autor.

III. RESULTADOS

3.1. Descripción y correlación de resultados

Tabla 1

Niveles descriptivos de las dimensiones de estilos parentales en adolescentes

	Madre		Padre	
	F	%	F	%
Responsividad				
Bajo	158	21.2	185	24.8
Medio	298	39.9	380	50.9
Alto	291	39.0	182	24.4
Total	747	100	747	100
Demanda				
Bajo	218	29.2	202	27.0
Medio	307	41.1	354	47.4
Alto	222	29.7	191	25.6
Total	747	100	747	100
Monitoreo				
Bajo	189	25.3	207	27.7
Medio	332	44.4	247	46.5
Alto	226	30.3	193	25.8
Total	747	100	747	100

Las dimensiones demanda y monitoreo en la madre se evidencian en un nivel medio al igual que responsividad pero con tendencia alta. En cuanto a las tres dimensiones del padre pertenecen a un nivel medio (50.9%; 47.4% y 46.5%).

Tabla 2*Niveles descriptivos del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg*

Niveles	Salud Mental general (GHQ-12)	
	F	%
Salud mental normal	183	24.5
Sospecha de deterioro	362	48.5
Deterioro de salud mental	202	27.0
Total	747	100

En los resultados se observa que el mayor porcentaje de estudiantes presentan sospecha de deterioro, alcanzo un porcentaje de 48.5% (362), y el 27.0% de los estudiantes manifiestan deterioro de salud mental.

Tabla 3*Correlación de las dimensiones de estilos parentales y la salud mental en adolescentes*

	Salud Mental (GHQ-12)
	Rho de Spearman
Madre	
Responsividad/Calidez	-.357**
Demanda/Expectativas	-.174**
Monitoreo	-.172**
Padre	
Responsividad/Calidez	-.315**
Demanda/Expectativas	-.223**
Monitoreo	-.203**

*

*p<0.01

Los resultados muestran la presencia de correlación inversa estadísticamente significativa entre las dimensiones de estilos parentales y la salud mental. Evidenciando cifras mayores en la dimensión responsividad-madre (-,357**) y en el padre las dimensiones demanda y monitoreo (-,223**; -,203**).

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Acorde a los resultados, se discutirán tanto los hallazgos a nivel descriptivo como correlacional. Ofreciendo un análisis estadístico acerca de la percepción que tienen los adolescentes con respecto a la actuación de sus progenitores y la valoración de su estado de salud mental.

En la tabla 1 se evidencia los niveles de las dimensiones de estilos parentales percibidos por los hijos, en un primer hallazgo la dimensión responsividad/afecto, se pudo determinar la predominancia del nivel medio al momento de valorar la actuación del padre (50.9%) y en el caso de la madre también es ubicada en nivel medio pero con tendencia alta (39.0%). Por lo tanto, se puede deducir que en los estudiantes existe una predisposición para valorar a sus madres con un patrón de actuación consistente, es decir que perciben a la madre como la más afectuosa, quien está disponible cuando ellos lo requieren, a diferencia de los padres que lo caracterizan con actuaciones más reservadas para transmitir afecto.

Por consiguiente se puede destacar que los adolescentes perciben en nivel medio a las dimensiones demanda/expectativas y monitoreo para ambos padres. Lo encontrado, permite explicar que las parejas ejecutan normas, reglas, valores, supervisiones sobre sus hijos de forma no muy interesados pero que tampoco son evasivos ante ellos, sobre todo la figura paterna.

Por lo descrito en la comparación realizada entre padre y madre en relación con las tres dimensiones estudiadas, deja en evidencia que la diferencia no es muy significativa no obstante la figura materna resalta en la dimensión de responsividad quien representa influencia, más expresión de afecto y más implicancia con sus hijos a pesar de trabajar fuera de casa como lo hacen los padres, sin embargo existe la probabilidad que por su mayor relación surjan conflictos tras discrepar (Capano et al., 2016). Cuanto mejor sea la percepción de las actuaciones que tienen de sus padres mejor será su desenvolvimiento en todas las esferas de su vida. Estos resultados están en la línea de lo hallado por estudios llevados a cabo con muestras de distintas culturas (Oliva et al. 2008; Santamaría et al., 2009; Betancourt & Andrade, 2011; Casassus et al., 2011; Matalinares et al., 2013).

Otro aspecto importante relacionado con el adolescente es el nivel de salud mental que poseen, se observa en los resultados (tabla 2) que el 48.5% de adolescentes presentan sospecha de deterioro y el 27.0% de ellos se encuentran con deterioro de salud mental.

Lo mencionado en líneas arriba indica un desajuste social y personal con dificultades para afrontar problemas, tomar decisiones, vencer conflictos, disfrutar actividades, e incluso la visualización de su propósito en la vida lo cual podría conllevar al adolescente no considerarse que forma un papel útil en la sociedad (UNICEF, 2011), en el estudio realizado por Madrid (2014) en una muestra de 291 entre las edades de 14 y 19 años, evidencia resultados menores al presente estudio (ausencia de síntomas 68.4%, sospecha de sintomatología 16.8% y presencia de indicadores de trastornos de salud mental 14.8%) sin embargo existe la presencia de deterioro, además estos hallazgos son congruentes con los resultados del estudio de Urzúa et al. (2015) determinando el estado de salud mental de 9 países iberoamericanos entre ellos Perú con mayor prevalencia de enfermedad crónica al igual que Cuba.

Complementario a lo anterior los resultados obtenidos puede deberse que el 5,6% de estudiantes no viven con ninguno de sus progenitores y el 3,9% de ellos conviven con el padre, lo cual indica que la figura paterna en un hogar monoparental puede proveer déficit en el control y supervisión, contribuyendo al desajuste social, repercutiendo a la salud mental del adolescente (Arranz, 2004 citado en Santamaría, 2009). La salud mental se encuentra en una atmosfera pesada en donde hay más dificultades que alternativas. Por lo expuesto cabe mencionar que los adolescentes del presente estudio ya presentan o están propensos a caer en el estrés, síntomas depresivos, ansiedad, perder la confianza, sentir que no valen nada originando al intento de suicidio (Hoyos et al., 2012; Blake, 2010); los resultados no se alejan de la realidad, debido que en las instituciones educativas se han reportado casos de consumo de marihuana, ansiedad, agresiones y autolesiones en ambos sexos así como los intentos de suicidio.

Con respecto a la relación entre las dimensiones de estilos parentales y el deterioro de la salud mental, los resultados demuestran una correlación inversa

significativa, esto quiere decir que, a mayor presencia de las dimensiones de los estilos parental menor es el riesgo del deterioro de salud mental en los adolescentes. Los hallazgos coinciden con el estudio de Santamaría (2009), quien trabajó con una muestra de adolescentes, quedando demostrado que la relación parental guarda relación con el ajuste social de los hijos así como la formación de su identidad (Tirado et al., 2008; Oliva et al., 2008; Florenzano et al., 2011), una investigación que también correlaciona parentalidad y salud mental adolescente es planteado por Casassus et al. (2011) en donde sus resultados son congruentes al presente estudio, considerando que a mayor control y aceptación biparental menor será los síntomas depresivos y comportamiento antisocial y mayor será la iniciativa social de los adolescentes. Si los padres están ausentes en el crecimiento de sus hijos el índice de adolescentes con adicciones incrementará no solo en sustancias psicoactivas, también al uso excesivo del internet u otros (Matalinares et al., 2013). La presencia de los progenitores y su vínculo con los hijos es altamente significativo desde la etapa preescolar hasta la universidad (Blake, 2010; Cárdenas, 2013).

En la tabla 3 se observa la correlación con la dimensión responsividad en la madre y la salud mental obteniendo una cifra de $-.357^{**}$ a diferencia del padre ($-.315^{**}$) pese a evidenciar correlación negativa débil estadísticamente es significativa a lo que se interpreta que a mayor calidez menor es el deterioro de la salud mental. Los adolescentes perciben a la madre como la amorosa, quien le brinda mayor apoyo cuando lo necesitan, es decir que a diferencia del padre ellas están más involucradas con sus hijos, evitando posibles alteraciones de la salud mental tras su expresión de amor, favoreciendo a su desarrollo psicológico y emocional asimismo se relaciona positivamente con sus conductas prosociales y favorables competencias interpersonales, por el contrario si los padres no manifiestan ningún contacto afectivo y le inducen culpas o invalidan sus sentimiento u opiniones, esto podría estar relacionada con la depresión y conductas antisociales en los adolescente incluso optar por intentos suicida (Casassus et al., 2011; Florenzano et al., 2011).

En cuanto a la figura paterna ha obtenido mayores porcentajes en las dimensiones demanda/control y monitoreo (dem. $-.223^{**}$; mon. $-.203^{**}$), a pesar

de ser baja la correlación es estadísticamente significativa es decir que a mayor demanda y monitoreo menor es el deterioro de la salud mental. Cuando los padres imponen, esperando de los hijos respeto y cumplimiento de las reglas obligándolos sin permitir que se expresen y den su opinión, esto llevaría a un posible deterioro de salud mental, por ende es fundamental que el nivel de monitoreo y demanda sea correctamente regulados, ya que aquellos adolescentes que carecen de supervisión parental pueden estar más expuestos a ser influenciado por sus pares sobre todo de aquellos que emplean un liderazgo inadecuado, suscitando conductas antisociales, no obstante, aquellos adolescentes que reciben demanda parental ayuda a su autorregulación e impulsa conductas socialmente aceptadas (Casassus et al.,2011; Florenzano et al., 2011).

El ejercicio de demanda parental sin filtros dañara la autonomía del adolescente presentando comportamientos problemáticos perdiendo confianza en sí mismo incrementando tensión lo cual afectara en su desenvolvimiento concerniendo a su salud mental. Por otro lado de acuerdo a la ficha sociodemográfica (tabla 6) aplicada los datos reportaron que el 67,1% viven con ambos padres mientras que el 23,4% solo viven con la madre, explicando el mayor porcentaje que fue obtenida por la madre en la dimensión de responsividad y del padre en demanda y monitoreo.

El monitoreo adecuado es indispensable para verificar que los hijos estén fuera de peligro (Santamaría, 2009). Asimismo Musitu et al. (2009) refiere la importancia de escuchar, ofrecer apoyo cuando sus hijos lo requieran y comunicarse congruentemente; de igual manera la manifestación de afecto de ambos es clave para la construcción de su proyecto de vida (Blake, 2010; Ibabe, 2015 y Reyes et al., 2016). Aunque los adolescentes se enfurezcan por tener a sus padres pendientes de ellos, en el interior se sienten importantes y no olvidados, por ende las normas y límites no deben faltar por parte de los padres (Inglés, 2012; Santamaría, 2009). El empleo de monitoreo saludable está ligado a fomentar una relación parsimoniosa paterno-filial (Casassus et al., 2011), generando en el

adolescente dar información bajo su propia voluntad sin sentirse obligados, de esta manera evita comportamientos externalizantes en los adolescentes.

En la actualidad, todavía está presente en muchos hogares que la figura paterna es quien busca poner reglas y el que espera mucho de sus hijos, mientras tanto la figura materna cumple el rol de cuidadora, protectora y la que entrega afecto, lo cual está relacionado, en su mayoría, por su permanencia en el hogar en contraparte a su pareja quien está más tiempo fuera del seno familiar. Cuando estas diferencias entre padre y madre se presentan, mayor es el riesgo que se produzca la conflictividad y el estrés en el hogar. La situación más favorable para el adolescente es cuando ambos padres ofrecen lo mismo, creando un ambiente oportuno para el adolescente beneficiando su salud mental; por ello, la familia es un referente fundamental durante el periodo de la adolescencia (Oliva et al., 2008; Santamaría, 2009; Kuhar, 2010; Musitu, 2015; Reyes et al., 2016) y cuanto mayor apoyo, comunicación y autonomía perciban de ellos, los adolescentes menores patologías desencadenarán (Andrade et al., 2012; Hoyos et al., 2012; Santos 2015).

Es importante hacer hincapié sobre las cifras obtenidas de la correlación entre las dimensiones de estilos parentales y la salud mental, en donde las cifras es interpretado como correlación negativa baja sin embargo estadísticamente es significativa, hay estudios que corroboran este resultado como es la investigación realizada por Florenzano et al. (2011) en donde sus resultados demostraron que aunque son débiles, las correlaciones indican que existiría una relación inversa entre la ideación suicida y las dimensiones de los estilos parentales, otro resultado que coincide es de Casassus et al. (2011) realizando un estudio con ambas variables, demostrando que los estilos de crianza influyen en la salud mental adolescente, sus resultados muestran cifras débiles y bajas sin embargo las correlaciones es altamente significativa ($p < 0,001$).

Las limitaciones que han podido conllevar a estos resultados en el estudio posiblemente se debe a la cantidad de muestra, la distribución no paramétrica de datos y la longitud de los instrumentos.

V. CONCLUSIONES

- Existe correlación inversa, estadísticamente significativo entre las dimensiones de estilos parentales con la salud mental en estudiantes de secundaria, las percepciones de los adolescentes arrojaron diferencias para los padres en las tres dimensiones.
- Las dimensiones demanda y monitoreo en la madre se evidencian en un nivel medio (41.1%; 44.4%), al igual que responsividad (39.9%) pero con tendencia alta (39.0%). En cuanto a las tres dimensiones del padre pertenecen a un nivel medio (50.9%; 47.4% y 46.5%).
- En cuanto al nivel de la salud mental, los estudiantes presentan sospecha de deterioro con un porcentaje de 48.5% y el 27.0% de los estudiantes manifiestan deterioro de salud mental.
- Existe correlación inversa estadísticamente significativo entre las dimensiones responsividad, demanda y monitoreo de la escala parental madre con la salud mental (RES $r = -,357^{**}$, DEM $r = -,171^{**}$, MON $r = -,172^{**}$) en estudiantes de secundaria. Considerando mayor correlación con la dimensión responsividad.
- En cuanto a la correlación de las dimensiones responsividad, demanda y monitoreo de la escala parental padre con la salud mental, es estadísticamente significativa (RES $r = -,315^{**}$, DEM $r = -,223^{**}$, MON $r = -,203^{**}$) en estudiantes de secundaria. Considerando mayor correlación con las dimensiones demanda y monitoreo a diferencia de la madre.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio comparativo entre estudiantes de nivel secundario con universitarios, con la finalidad de determinar el nivel de influencia de los padres sobre sus hijos asimismo un estudio longitudinal.
- Socializar la información contenida del estudio a las autoridades de las instituciones, municipalidad e incluso a la UGEL, asimismo a los centros de salud u otras entidades involucradas, con el objetivo de que se tomen acciones en beneficio de los adolescentes.
- Realizar un grupo piloto sobre los estilos parentales y su influencia en la salud mental de los adolescentes.
- Desarrollar programas de promoción de salud familiar de este modo incorporar las variables dentro de los programas de promoción de salud. Principalmente realizar actividades de conductas parentales saludables.
- Potenciar las habilidades blandas de los adolescentes, que permitan un mejor ajuste social y personal a través de talleres vivenciales.

VII. REFERENCIAS

- Alvarado, H. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 79-92.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B. & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*, 35(1), 29-36.
- Betancourt, D. & Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 20(1), 27 – 41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80419035006.pdf>
- Blake, R. (2010). *A study of the relationship between parental involvement and Mental Health of College Students* (Tesis doctoral). Auburn University, Auburn, Alabama.
- Capano, A., González, M. & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: Estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de psicología*, 34(2), 413 – 444.
- Casassus, M., Valdés, M., Florenzano, R., Cáceres, E., Aspillaga, C. & Santander, S. (2011). Parentalidad y Salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar. *Revista de psicología*, 20(2), 125 – 146.
- Cárdenas, K. (2013). *Asociación entre estilos de socialización Parental y habilidades sociales del Adolescente en una institución Educativa nacional – v.m.t.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Centro de Emergencia Mujer (CEM) 2015. *Reporte estadístico por casos de violencia familiar y sexual atendidos por el centro de emergencia mujer de Casma.*
- Castro, J. (2003). Estilos de crianza y comportamientos infantiles en la pobreza. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, IV (1), 77-92.

- Castro, A., Mebarak, M., Salamanca, M. & Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), 83-112.
- Cuervo, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121.
- Cumsille, P., Martínez, L., Rodríguez, V. & Darling, N. (2014). Análisis Psicométrico de la escala Parental Breve (EPB): Invarianza Demográfica y Longitudinal en Adolescentes Chilenos. *Psykhé*, 23(2), 1- 14.
- De la Torre, M., Casanova, P., Cruz, M., Villa, M. & Cerezo, M. (2011). Estilos educativos paternos y estrés en estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Behavioral Psychology/ Psicología conductual*, 19(3), 577 – 590.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familia (ENDES) 2014 *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, 2014. Recuperada de https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- Fiestas, F. & Piazza, M. (2014). Prevalencia de Vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 31(1), 39-47.
- Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM) 2013. *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Recuperada de <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/SPANISH-WMHD09.pdf>
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C. & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(12), 1529 – 1533.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2011. *La adolescencia una época de oportunidades*. Recuperada de http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

- Garmendia, M. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev Chil Salud Pública*, 11(2), 57-65.
- González, T. & Hertenberg, V. (2008). *Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con la ansiedad en púberes*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª. Ed.). México D. F., México: McGraw-Hill.
- Hoyos, E., Lemos, M. & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-12.
- Ibabe, I. (2015). Predictores familiares de la violencia filio-parental: el papel de la disciplina familiar. *Anales de psicología* 31(2), 615-625.
- Inglés, C., Estévez, E., Piqueras, J. & Musitu, G. (2012). Los Conflictos Padres-Adolescentes. En L. M. Llavona y F. X. Méndez, *Manual del Psicólogo de Familia*. Madrid: Pirámide.
- Instituto Nacional de Salud Mental (INEI). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002*. Informe general. Anales de Salud Mental, XVIII (1y2), Lima.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). *Estudios Epidemiológicos en Salud Mental*. 2002 – 2010. Lima-Perú
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Violencia trans e intergeneracional en madres con hijos adolescentes en tres ciudades de la sierra peruana*. En Alvarez, M., Rojas, M. & Vilchez, G. (2010). Anales de Salud Mental. XXVI (1), 9-18, Lima.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2014. *Ancash: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Recuperada de

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1311/index.html

Kuhar, M. (2010). Parental Authority Styles in Adolescent-Parent Relationships. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung Heft, 3*, 321 -336.

Lorence, B. (2008). *Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial*. Recuperado de http://www.accionfamiliar.org/sites/default/files/fundacion/files/publicaciones/publicacion/doc.04_08.premio_joven.barbara_lorence.pdf

Matalinares, M., Díaz, G, Raymundo, O., Baca, D., Fernández, E., Uceda, J., Leyva, V., Sánchez, N., Villavicencio, J., Yaringaño, J., Torre, Encalada, M. & Díaz, A. (2013). Influencia de los estilos parentales en la adicción al internet en alumnos de educación secundaria del Perú. *Revista de investigación en psicología, 16*(2), 195 – 220.

Ministerio de Salud (MINSa, 2008). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperada de http://www.minsa.gov.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/01_Plan_Nacional_de_Salud_Mental.pdf

Madrid, C. (2014). *Salud Mental y Calidad de Vida: Estudio descriptivo-correlacional en adolescentes que cursan la enseñanza media en colegios de la comuna de Graneros*. (Tesis de bachiller). Universidad de Chile, Santiago.

Merino, C. & Casas, M. (2013). Cuestionario de salud de Goldberg (GHQ-12): una evaluación psicométrica en adolescentes. *Rev. Universidad de San Martín de Porres, 6*(1) 2-24.

Ministerio de medicina legal (2015 - 2016). Reporte de casos atendidos.

Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S. & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International journal of psychology and psychological therapy, 9*(1), 123 -136.

- Musitu, G. (2015). Socialización y ajuste en la adolescencia. En M. A. Santos (Ed.), *El poder de la familia en la educación* (pp. 35-56). Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., Jiménez, T., Estévez, E. & Villarreal, M. (2009). Problemas en la adolescencia: delincuencia y drogas. En R. Landero, M.T. González, B. Estrada y G. Musitu (Eds.), *Estilos parentales y otros temas en la relación de padres y adolescentes* (pp. 141-189). México: Publicaciones de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <https://www.uv.es/lisis/gonzalo/cl1-estilos-parent.pdf>
- Oliva, A., Parra, Á. & Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y aprendizaje*, 31(1), 93-106. Recuperado de: <http://personal.us.es/oliva/estilos%20parentales%20tipologico.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción sobre la salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperada de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Pallasca Noticias (2015). *Ancash: cuatro de cada 10 personas tienen trastornos mentales*. Recuperada de <http://www.pallascanoticias.com/2015/09/26/ancash-cuatro-10-personas-tienen-trastornos-mentales/>
- Reyes, G., Azabache, K., Guerrero, R., Balarezo, O., Rodríguez, P., Loyaga, E., Rodríguez, J. & Solari, J. (2016). Socialización parental y conductas antisociales delictivas en estudiantes de secundaria. *Nuevos paradigmas*, 1(1), 43-52. Recuperado de <http://revista-nuevosparadigmas.com/wp-content/uploads/2016/07/43-52-Reyes-G.-el-al.-2016.pdf>
- Saavedra, J., Rojas, L. & Merino, C. (Septiembre, 2015). *Propiedades Psicométricas del General Health Questionnaire o Cuestionario General de Salud Mental (GHQ-12)*. Ponencia presentado en el V congreso

latinoamericano de estudiantes de psicología “Integrando lazos a través de la psicología en Latinoamérica”, Lima, Perú.

Santamaría, B. (2009). *La relación entre los estilos de Parentalidad y el grupo de pares con el Consumo de drogas en estudiantes Adolescentes del distrito federal*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Insurgentes, México, D.F. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_belen.pdf

Santos, D. (2015). *Personalidad del adolescente con familia disfuncional* (trabajo de titulación). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Sociales, Machala, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3990>

Simancas-Pallares, M., Arrieta, K. & Arévalo, LL. (2017). Validez de constructo y consistencia interna de tres estructuras factoriales y dos sistemas de puntuación del Cuestionario General de Salud-12. *Biomédica*, 37(3), 1 – 23.

Solmar, M., Guevara, H. & Cardozo, R. (2013). Calidad de vida en adolescentes de una institución educativa. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 12(1), 71-90.

Tirado, P., Álvarez, V., Chávez, Holguín, M., Honorio, S., Moreno, Á., Sánchez, M., Shimajuko, N. & Uribe, M. (2008). Satisfacción familiar y salud mental en alumnos universitarios ingresantes. *Revista de psicología*, 42-48.

Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A., Bargsted, M. & Irrázaval, M. (2015). ¿Afecta la forma de puntuación la estructura factorial del GHQ-12? Estudio exploratorio en estudiantes iberoamericanos. *Artigo*, 31(6), 1305-1312. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1305.pdf>

Vargas, H. & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr*, 75(5), 19 -28.

Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 26(2), 222-231.

Villa, I., Zuluaga, C., Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación tiene como título “Estilos Parentales y Salud Mental en Adolescentes de Educación Secundaria de las Instituciones Públicas de Casma” cuyo propósito es conocer si existe una relación entre las variables. Los estudiantes son seleccionados por libre disponibilidad, con previa autorización de la institución.

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean reportados.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito en líneas arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas.

Yo _____ voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el denominado “Estilos Parentales y Salud Mental en Adolescentes de Educación Secundaria de las Instituciones Públicas de Casma”.

Firma

Escala Parental Breve

En este cuestionario hay unas frases que describen como pueden ser los padres. Lee detenidamente cada una de ellas y responde con qué frecuencia ellos son así. Marca tus respuestas según esta clave.

MUY EN DESACUERDO	= 1
EN DESACUERDO	= 2
ENTRE UNO Y OTRO	= 3
DE ACUERDO	= 4
MUY DE ACUERDO	= 5

N°	ÍTEMS	MAMÁ					PAPÁ				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Puedo contar con su ayuda si tengo problemas										
2	Se da tiempo para conversar conmigo										
3	Sé que va a estar conmigo si lo/a necesito										
4	Disfruta estando conmigo										
5	Espera que trate de hacer mis cosas lo mejor que puedo										
6	Espera que me comporte responsablemente.										
7	Espera que le diga donde estoy y a qué hora voy a llegar a la casa.										
8	Espera que sea respetuosa/o y considerada/o con la gente										
9	Le gusta que le informe de lo que hago										
10	Se preocupa de averiguar con qué amigos me junto										
11	Se preocupa de averiguar qué hago después del colegio										
12	Se preocupa de averiguar cómo me comporto en el colegio										

GHQ -12

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1. ¿Has podido concentrarte bien en lo que hacías?	Mejor que lo habitual 0	Igual que lo habitual 1	Menos que lo habitual 2	Mucho menos que lo habitual 3
2. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
3. ¿Has sentido que estás jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
4. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
5. ¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
7. ¿Has sido capaz de disfrutar tus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
8. ¿Has sido capaz de hacer frente a tus problemas?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos
9. ¿Te has sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
10. ¿Has perdido confianza en ti mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
11. ¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
12. ¿Te sientes razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos feliz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

Tabla 4*Distribución de la Población*

Institución Educativa	Grado	H	M	Subtotal	Total
I.E. 1	1°	119	96	1066	
	2°	142	122		
	3°	116	92		
	4°	113	90		
	5°	90	86		
I.E. 2	1°	95	101	742	2269
	2°	84	70		
	3°	78	79		
	4°	54	67		
	5°	56	58		
I.E. 3	1°	58	47	461	
	2°	52	53		
	3°	60	49		
	4°	32	36		
	5°	34	40		

Nota: H = Adolescentes hombres.

M = Adolescentes mujeres.

Tabla 5*Distribución muestral según sexo y grados*

Institución Educativa	Grado	AH	AM	Subtotal	Total
I.E. 1	1°	32	25	283	
	2°	38	32		
	3°	31	24		
	4°	30	24		
	5°	24	23		
I.E. 2	1°	33	34	254	747
	2°	29	24		
	3°	27	27		
	4°	18	23		
	5°	19	20		
I.E. 3	1°	27	22	210	
	2°	24	24		
	3°	28	22		
	4°	14	16		
	5°	15	18		

Nota: AH = Adolescentes hombres.

AM = Adolescentes mujeres.

Tabla 6*Descripción cuantitativa de los participantes*

	N	%
Sexo		
Masculino	389	52,1
Femenino	358	47,9
Grado		
Primero	172	23,0
Segundo	172	23,0
Tercero	159	21,3
Cuarto	125	16,7
Quinto	119	15,9
Convivencia familiar		
Ambos padres	501	67,1
Solo madre	175	23,4
Solo padre	29	3,9
Ninguno	42	5,6
Nro hermanos		
No responde	1	,1
Hijo único	82	11,0
Dos hermanos	230	30,8
Tres hermanos	188	25,2
4-5 hermanos	158	21,2
6-7 hermanos	72	9,6
8 - más hermanos	16	2,1
Lugar que ocupa		
No responde	3	,4
Primero	338	45,2
Segundo	189	25,3
Tercero	102	13,7
Cuarto – quinto	82	11,0
Sexto-séptimo	24	3,2
Octavo-más	9	1,2
Último nivel de estudio de la madre		
No responde	16	2,1
Primaria	190	25,4
Secundaria	366	49,0
Técnico	81	10,8
Universitario	94	12,6
Último estudio del padre		
No responde	14	1,9
Primaria	145	19,4
Secundaria	386	51,7
Técnico	78	10,4
Universitario	124	16,6

Tabla 7*Prueba de normalidad de Salud Mental*

		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	Gl	p.
Salud Mental	M	,131	389	
	F	,115	357	0.000

Nota: M: masculino
F: femenino

Tabla 8*Prueba de normalidad de Estilos Parentales*

		Kolmogorov-Smirnov ^a					
		Madre			Padre		
		Estadístico	Gl	P.	Estadístico	Gl	P.
Responsividad	M	,140	389	0.00	,107	389	0.00
		,124	357	0.00	,101	357	0.00
Demanda	M	,182	389	0.00	,182	389	0.00
		,202	357	0.00	,202	357	0.00
Monitoreo	M	,147	389	0.00	,112	389	0.00
		,147	357	0.00	,146	357	0.00

Nota: M: masculino
F: femenino