



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA



Calidad de vida, depresión, prácticas parentales y estima corporal en estudiantes de Preparatoria de Pachuca, Hidalgo

T E S I S

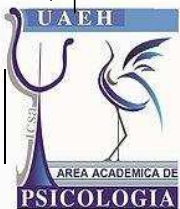
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

BIÑUELO ACULTECO IRITZALI
HERNÁNDEZ DE LA CRUZ MATILDE

DIRECTORA:

DRA. ANGÉLICA ROMERO PALENCIA



San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo

~~Octubre~~ Noviembre, 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Psicología
Department of Psychology

7 de noviembre de 2018
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychology area

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de las pasantes Iritzali Biñuelo Aculteco y Matilde Hernández De la Cruz, bajo la modalidad de Tesis Colectiva cuyo título es: "Calidad de vida y su relación con depresión, prácticas parentales y estima corporal en estudiantes de preparatoria de Pachuca, Hidalgo" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Presidente	
Dra. Angélica Romero Palencia	Primer Vocal	
Dra. Lilián Elizabeth Bosques Brugada	Segundo Vocal	
Dra. Leticia Bautista Díaz	Tercer Vocal	
Dra. Gloria Solano Solano	Secretario	
Dr. José Esaúl Pineda Sánchez	Suplente	
Dra. Karina Reyes Jarquín	Suplente	



Ciudad Ex-Hidrovia La Graposa en G.N.
Carretera Pachuca-Atoyac
C.P. 42100
San Agustín Tlaxiaco, Hidalgo, México, C.H. 42100
Teléfono: (241) 21 220 Ext. 4325, 4326, 4344 y 4313
psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

-A mi madre, Eusebia, por acogerme en sus brazos, por no dejarme caer y guiarme en mi formación, por su apoyo constante, su amor y su cuidado.

A mi padre, Emiliano, por su apoyo, su cariño, su ejemplo de disciplina, brindándome una de las mejores herramientas para la vida.

A mis hermanas, Liliana y Yareli, por su confianza, su apoyo y su compañía en las noches de trabajo, y su cariño auténtico.

A mi gran amor, Edgar Obed, por sus cuidados, comprensión, motivación y amor a lo largo de estos años, por ser mi compañero de aventuras.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, Eusebia, por acogerme en sus brazos, por no dejarme caer y guiarme en mi formación, por su apoyo constante, su amor y su cuidado.

A mi padre, Emiliano, por su apoyo, su cariño, su ejemplo de disciplina, brindándome una de las mejores herramientas para la vida.

A mis hermanas, Liliana y Yareli, por su confianza, su apoyo y su compañía en las noches de trabajo, y su cariño autentico.

A mi gran amor, Edgar Obed, por sus cuidados, comprensión, motivación y amor a lo largo de estos años, por ser mi compañero de aventuras.

Gracias a la vida por darme la dicha de tener a una familia que esta siempre apoyándose en las decisiones que tomo, a mis papás Rubén y Beatriz que son el pilar más fuerte que tengo, y sin sus grandes consejos y apoyo, mucho de lo que he realizado simplemente serian sueños.

A mis hermanos Deni y Rubén que gracias sus observaciones, sinceridad y cariño han complementado cada paso que doy.

A mis amigas Mariela, Brenda y Jessica que con sus grandes sueños y charlas me han ayudado a tener claridad, visión y sobre todo, han hecho que la vida tenga aún más color.

A cada Dr. Que con una recomendación nos ayudó a que llegara a su culminación, una mención especial al Dr. Arturo del Castillo Arreola que comenzó con este proyecto y por diversas circunstancias no pudo terminar, por su puesto a la Dra. Angelica Romero Palencia que tuvo una pieza indispensable en esta tesis y sin su acompañamiento, recomendaciones, apoyo y tiempo dedicado, esto no hubiera sido posible.

Con formato: Fuente: 12 pto, Sin Negrita

Con formato: Justificado, Sangría: Primera línea: 0 cm

Con formato: Izquierda

RESUMEN

Con formato: Centrado

La presente investigación pretende determinar la relación entre calidad de vida, depresión, prácticas parentales y estima corporal; así como, la comparación y la diferencia por sexos. Los participantes fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico por cuotas N=300 estudiantes de preparatoria, de los cuales n=281 cumplieron los criterios de inclusión, el 64% (n=180) eran mujeres y el 36% (n=101) hombres, con un rango de edad de 14 a 19 años (Media y desviación estándar). Se realizó un estudio no experimental, correlacional y transversal, los instrumentos de medida que se emplearon fueron el Escala de Prácticas Parentales (PP-A) para medir las prácticas parentales, Cuestionario de Calidad de vida (KIDSCREEN-52) para medir la calidad de vida, Escala de Depresión de Beck (BDI), para conocer el nivel de depresión y Escala de Estima Corporal (BES) para medir la estima corporal. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las que se puede observar que la calidad de vida está relacionada con las prácticas parentales, estima corporal y depresión. En cuanto a estadísticas es importante mencionar que 41% de la muestra presenta sintomatología depresiva (10% leve, 16% moderada y 15% severa), la estima corporal en adolescentes se encuentra dentro de lo normal, respecto a las prácticas parentales que prevalecen en los adolescentes son comunicación y control conductual. En el análisis que se realizó por sexo se

encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los que se observa que las prácticas parentales con más diferencia son comunicación y control paterno, los hombres tienen mayor nivel de calidad de vida, estima corporal y menor nivel de depresión.

Estos resultados sugieren poner énfasis en el sexo femenino porque son las que están teniendo mayores factores de riesgo.

Palabras clave: *Adolescencia, Prácticas Parentales, Calidad de Vida, Depresión, Estima Corporal.*

ABSTRACT

The present investigation aims to determine the relationship between quality of life, depression, parental practices and corporal esteem; As well as, the comparison and the difference by sexes. The participants were selected by a non-probabilistic sampling by quotas N = 300 preparation students, of which n = 281 met the inclusion criteria, 64% (n = 180) were women and 36% (n = 101) men , with an age range of 14 to 19 years (Mean and standard deviation). A non-experimental, correlational and transversal study was carried out, the measuring instruments that were used in the Parental Practices Scale (PP-A) to measure the parental practices, Quality of Life Questionnaire (KIDSCREEN-52) to measure the quality of life, Beck Depression Scale (BDI), to know the level of depression and Body Estimation Scale (BES) to measure body estimation. Statistically significant differences were found in which quality of life can be observed. Regarding the statistics, it is important to mention that 41% of the sample presents depressive symptomatology (10% mild, 16% moderate and 15% severe), body estimates in adolescents are within normal, respect for the Parental practices that prevail in adolescents are communication and behavioral control. In the analysis that is exercised by sex, the differences between men and women are observed, parental practices with more difference in communication and control of parents are observed, men have a higher level of quality of life, body estimates and lower level of depression.

These results have to emphasize the female sex.

Key words: Adolescence, parenting practices, quality of life, depression and body esteem.

ÍNDICE

Introducción	16
Capítulo 1. Adolescencia	21
1.1 Definición de adolescencia	21
1.2 Desarrollo biológico y físico en la adolescencia	23
1.3 Desarrollo cognoscitivo	25
1.4 Desarrollo psicosocial en los adolescentes	26
Capítulo 2 Prácticas parentales	29
2.1 Familia	29
2.1.1 Definición	29
2.1.2 Modelos teóricos:	30
2.1.2.1 Tipos de familia	30
2.1.2.2 Modelo circumplejo de Olson	31
2.1.2.3. Enfoque Ecológico	33
2.2 Crianza	34
2.2.1 Definición de crianza	34
2.2.1.1 Estilos de crianza	34
2.3 Antecedentes teóricos	35
2.3.1 Tipología de estilos de crianza	36
2.4 Prácticas parentales	38
2.4.1 Definición	38
2.4.2 Tipos	39
2.4.2.1 Prácticas parentales de apoyo	40
2.4.2.2 Prácticas parentales de control conductual	41
2.4.2.3 Prácticas parentales de control psicológico	42
2.4.3 Dimensiones de las prácticas parentales	43
2.4.3.1 Autonomía	43
2.4.3.2 Control Conductual	44
2.4.3.3 Control Psicológico	44
2.4.3.4 Imposición	45
2.4.3.5 Comunicación	46

Código de campo cambiado

2.5 Instrumentos de medición	46
Capítulo 3. Calidad de vida	49
3.1 Definición	49
3.2 Características	51
3.3 Tipos	52
3.3.1 Calidad de vida relacionada con la salud	52
3.3.2 Calidad de vida relacionada con la enfermedad	53
3.3.3 Calidad de vida laboral	54
3.3.4 Calidad de vida en el trabajo	54
3.4 Modelos Teóricos	55
3.4.1 Modelo de calidad de vida de la OMS	55
3.4.2 Modelo integral de calidad de vida de Kelley-Gillespie	55
3.4.3 Modelo de salud y calidad de vida de Wilson y Cleary	56
3.4.4 Modelo de calidad de vida de Marinelli y Plummer	56
3.4.5 Modelo de la calidad de vida de Felce y Perry	57
3.4.6 Modelo ecológico de calidad de vida de Schalock y Verdugo	57
3.4.7 Modelo de calidad de vida centrado en la evaluación	58
3.5 Instrumentos de medición	59
Capítulo 4 Depresión	62
4.1 Epidemiología	62
4.1.1 Mundial	62
4.1.2 Nacional	62
4.1.3 Estatal	63
4.2 Definición	63
4.3 Síntomas	64
4.4 Tipos	64
4.4.1 Trastorno depresivo mayor	64
4.4.2 Trastorno distímico	65
4.4.3 Trastorno depresivo no especificado	66
4.5 Causas o factores de riesgo	67
4.5.1 Biológicas	67
4.5.2 Psicosociales	68
4.5.3 Modelos Teóricos	69

4.5.3.1 Teoría Psicodinámica.....	69
4.5.3.2 Teorías Cognitivas	69
4.5.3.3 Teoría Existencialista	70
4.6 Consecuencias.....	71
4.6.1 Biológicas.....	71
4.6.2 Psicosociales.....	71
4.7 Instrumentos de medición.....	71
4.8 Tratamiento	72
Capítulo 5. Estima corporal	74
5.1 Definición	74
5.2 Características	75
5.3 Tipos.....	77
5.4 Causas o factores de riesgo.....	78
5.4.1 Biológicas.....	78
5.4.2 Sociales	78
5.4.3 Psicológicos	79
5.5 Consecuencias.....	80
5.5.1 Físicas	80
5.5.2 Psicológicas	80
5.5.3 Sociales	81
5.6 Teorías.....	82
5.6.1 Autoimagen corporal de Raich.....	82
5.6.2 Autoimagen corporal de Slade.....	83
5.6.3 Estima corporal de Franzoi.....	83
5.7 Instrumentos de medición.....	83
5.7.1 Escala de Estima corporal (BES)	83
5.7.2 Body Attitude Test (BAT).....	84
5.7.3 Body Image Questionnaire (CIC).....	84
Capítulo 6. Estudios Previos	85
6.1 Calidad de Vida.....	85
6.2 Depresión.....	88
6.3 Estima corporal	88
6.4 Prácticas parentales	89

Capítulo 7. Planteamiento del problema.....	92
7.1. Justificación.....	92
7.1.1 Pregunta de Investigación.....	93
7.1.2 Objetivo general.....	93
7.1.3 Objetivos específicos.....	93
7.2 Hipótesis.....	94
7.2.1 Hipótesis conceptuales.....	94
7.2.2 Hipótesis estadísticas.....	95
Capítulo 8. Método.....	96
8.1 Definición de Variables.....	96
8.2 Participantes.....	97
8.2.1 Criterios de inclusión.....	97
8.2.2 Criterios de exclusión.....	97
8.2.3 Muestra.....	98
8.2.4 Población.....	98
8.3 Tipo de estudio y diseño.....	101
8.4 Instrumentos.....	101
8.4.1 Cuestionario de Detección y Promoción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes (KIDSCREEN-52).....	101
8.4.2 Inventario de Depresión de Beck.....	101
8.4.3 Prácticas Parentales (PP-A).....	102
8.4.4 Escala de Estima corporal (BES).....	102
8.5 Procedimiento.....	104
Capítulo 9. Resultados.....	105
Discusión.....	126
Alcances, limitaciones y sugerencias.....	133
REFERENCIAS.....	135
Anexos.....	148
Anexo 1.....	148
Anexo 2.....	150
Anexo 3.....	152
Anexo 4.....	155
Anexo 5.....	156

Índice de Tablas

Tabla 1.....	89
Tabla 2.....	93
Tabla 3.....	97
Tabla 4.....	100
Tabla 5.....	102
Tabla 6.....	105
Tabla 7.....	107
Tabla 8.....	109
Tabla 9.....	110
Tabla 10.....	111
Tabla 11.....	112
Tabla 12.....	114
Tabla 13.....	116

Índice de Figuras

Figura 1.....	24
Figura 2.....	84
Figura 3.....	92
Figura 4.....	92
Figura 5.....	98
Figura 6.....	99
Figura 7.....	101
Figura 8.....	104
Figura 9.....	104
Figura 10.....	106

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la tasa de mortalidad en adolescentes en 2015 asciende a 3000 muertes al día, que incluyen accidentes viales como principal causa, problemas de salud y suicidio. Según los datos registrados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), en México los jóvenes de 15 a 29 años constituyen el 25.7% de la población total; registrándose a nivel nacional el 5.3% de las defunciones corresponden a jóvenes de dicho rango de edad, destacando como causas principales en población femenil enfermedades con tumores (12.9%), accidentes viales (10.5%) y por agresiones (9.7%).

Existe un porcentaje importante de embarazos y partos precoces en adolescentes de 15 a 19 años, representando un 11% de la natalidad a nivel mundial; infecciones de transmisión sexual como el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, que asciende a más de dos millones de adolescentes en el mundo.

En cuanto a la salud mental, un factor a destacar es la depresión, pues ocupa el tercer lugar como causa de morbilidad y discapacidad generando que el suicidio sea la tercera causa de muerte más común en adolescentes de 15 a 19 años; así mismo, durante la adolescencia se presentan las primeras señales y síntomas de trastornos mentales, sin embargo, al no reconocerse ni tratarse pueden generar consecuencias que impacten la salud mental en la adultez. En el aspecto social, el consumo de sustancias nocivas es causa de violencia, accidentes viales y muertes prematuras impactando en la esperanza de vida (OMS, 2014; 2017).

Existen diversos factores tanto biológicos, psicológicos y sociales que exponen al adolescente a conductas de riesgo, que pueden afectar su salud actual, su integridad y su calidad de vida generando consecuencias para la edad adulta. Dichos factores pueden ser causales, observables o identificables. Desde la perspectiva biológica los adolescentes, pueden tener comportamientos que representen un riesgo para su salud, persona o bienestar, estas conductas se relacionan con la falta de maduración de la corteza pre-frontal del cerebro, pues en la toma de decisiones no se considera la planificación, ni se contemplan futuras consecuencias; así como el impacto de la testosterona en hombres y progesterona en mujeres (Rosabal, Romero, Gaquín, & Hernández, 2015).

Entre los factores psicológicos se encuentran las pocas redes de apoyo familiares, la autoestima, poca resiliencia, así como los sentimientos de dependencia, frustración, infelicidad y soledad (Paramo, 2011; Rosabal, Romero, Gaquín, & Hernández, 2015).

Respecto a los factores sociales, se puede encontrar que la exposición a sustancias nocivas, ausencia escolar, influencia de pares y familiares, una mala alimentación, así como el maltrato y manipulación infantil son predictores de conductas riesgosas en adolescentes (Páramo, 2011; Sanabria & Uribe, 2010).

En contraparte, existen factores protectores, que ayudan a disminuir las consecuencias negativas de situaciones que podrían ser riesgosas, pueden clasificarse en psicológicos y sociales que previenen y contribuyen a un desarrollo saludable (Aguar & Aclé-Tomasini, 2012).

Como ejemplo de los primeros, la empatía que ayuda a la comprensión del mundo subjetivo mejorando las relaciones con los pares, de igual manera las características de la personalidad como la participación, compromiso y el autoconcepto que ayuda a disminuir la propia imagen como negativa promoviendo la confianza y autoeficacia (Zuckerman & Kuhlman, 2000).

En el aspecto social, pueden existir conductas específicas que contribuyen a la prevención de daños hacia el adolescente y a quienes le rodean, estas son conocidas como factores protectores específicos, mientras que en un nivel más amplio se encuentra la interacción con la familia, habilidades sociales, proyecto de vida elaborado y resiliencia (Páramo, 2011; Zuckerman & Kuhlman, 2000). Por lo ~~tantotanto~~, el objetivo del presente trabajo consistió en conocer la relación entre la calidad de vida de los adolescentes estudiantes de preparatoria con el nivel de depresión, prácticas parentales, y estima corporal.

Con formato: Sin Resaltar

El comienzo de este trabajo está centrado en la adolescencia, en el primer capítulo se presenta su definición, las etapas y los principales cambios, físicos, cognoscitivos y psicosociales. Lo destacable del capítulo es la descripción del desarrollo del adolescente.

Con formato: Sin Resaltar

En el segundo capítulo está dedicado a las prácticas parentales, abarcando las definiciones relacionadas al concepto, modelos teóricos, antecedentes teóricos, tipos, dimensiones e instrumentos de medición. La idea principal del capítulo es exponer los tipos de prácticas parentales que propician el buen desarrollo del adolescente, o, por el contrario, lo que lo perjudica.

Con formato: Sin Resaltar

El tercer capítulo, dedicado a la calidad de vida, incluye su definición, características tipos, modelos e instrumentos de medición. El capítulo contiene las generalidades de la calidad de vida, especificando los tipos y áreas que esta conlleva.

Con formato: Sin Resaltar

El cuarto capítulo está enfocado a la depresión, su contenido incluye la epidemiología, definición, síntomas, tipos, factores de riesgo, modelos teóricos, consecuencias, instrumentos de medición, finalizando con las propuestas de tratamiento. La idea central del capítulo se enfoca en exponer las generalidades del trastorno en la adolescencia, así como sus factores de riesgo.

Con formato: Sin Resaltar

Por otra parte, el quinto capítulo está dedicado a la estima corporal, incluyendo su definición, características, tipos, causas o factores de riesgo, consecuencias, teorías e instrumentos de medición. Lo destacable del capítulo es delimitar sus características, y los factores de riesgo en la adolescencia.

Con formato: Sin Resaltar

El sexto capítulo está dedicado a la recopilación de estudios previos con respecto la relación entre la calidad de vida, practicas parentales, depresión y estima corporal. Destacando los diversos resultados en diferentes artículos con población adolescente.

El séptimo capítulo está dedicado al planteamiento del problema, donde se presentan los datos estadísticos y teóricos que justifican dicho trabajo, preguntas de investigación, así como los objetivos generales y específicos planteados, junto con las hipótesis estadísticas que se buscan comparar.

Para el octavo capítulo se presenta el método, donde se describe la definición de las variables, las características de los participantes, criterios de exclusión e inclusión, tipo de estudio y diseño, descripción de los instrumentos y el procedimiento.

En el noveno capítulo se presenta los resultados de este trabajo de investigación. Donde se encontró diferencias significativas por sexo en factores de las practicas parentales, calidad de vida, estima corporal y nivel de depresión

Y finalmente, el trabajo se concluye con la discusión y conclusiones exponiendo los resultados de los objetivos comparándolos con estudios previos.?

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Color de fuente: Automático, Sin Resaltar

Con formato: Color de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente: Automático, Sin Resaltar

Con formato: Color de fuente: Automático

Capítulo 1. Adolescencia

1.1 Definición de adolescencia

La “adolescencia”, procedente de la palabra latina *adolescere*, que significa crecimiento y maduración, puede entenderse como una etapa evolutiva de conversión del niño en adulto (Güemes-Hidalgo, Ceñal & Hidalgo, 2017; Hurlock , 1980).

Diversos autores definen a la adolescencia con diferentes conceptos y características. Para Papalia, Feldman y Martorell (2012), la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y adultez que involucra diferentes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Monterrosa (1998), describe este periodo como un proceso dinámico, entre la niñez y la vida adulta, implicando una reestructuración de los intereses, normas, actitudes y valores, así como el comportamiento psicológico y social.

En las etapas del desarrollo psicosocial, la adolescencia se define como un periodo de adaptación, ensayo y error, donde se desarrollan los aspectos sexuales y cognitivos, se experimentan nuevos roles y opiniones en la búsqueda del yo (Feist, Feist & Roberts, 2014). Para Casas y Ceñal (2005), este periodo de vida se caracteriza por los intensos cambios físicos, psíquicos y sociales que transitan al niño hacia la adultez, preparándolo para función reproductora.

Dulato (2002), menciona que la adolescencia comprende un periodo de los 10 o 12 años hasta los 20 a los 22 años, siendo un periodo de crisis emocional en el esquema del desarrollo biopsicosocial. Ballester y Barrón (2013), señalan que las

características del desarrollo psicológico de este periodo se basan en los cambios corporales, personalidad, deseo de intimidad, cambios intelectuales, emotividad, descubrimiento de sí mismo y el sexo opuesto. La adolescencia está constituida por cuatro etapas cronológicas desde una perspectiva evolutiva, inicia con la pre adolescencia, adolescencia temprana, adolescencia media y finaliza con la adolescencia tardía: (Blos,1981; Casas & Ceñal, 2005).

- **Pre adolescencia 9- 12 años:** están presentes algunas fobias y miedos que desaparecen cronológicamente, así como el comienzo de las metas impulsivas.
- **Adolescencia temprana 12- 15 años:** se presentan la mayoría de los cambios físicos, generando preocupación y curiosidad. Existe una mayor identificación con la figura de autoridad del mismo sexo, se intensifican las metas impulsivas y efecto, aumenta la madurez emocional y la tolerancia a la frustración.
- **Adolescencia media 16 a 18 años:** culmina el crecimiento y la identidad sexual, se adquiere la capacidad del pensamiento abstracto, interés en temas idealistas y de discusión, sentimiento
- **Adolescencia tardía 19- 21 años:** el pensamiento abstracto está establecido, se afirman las creencias e ideologías, se concreta la capacidad de actuar y asumir consecuencias, se adquieren relaciones estables y proyectos a futuro.

La OMS (2017) define a la adolescencia como un periodo que implica un crecimiento y desarrollo que se caracteriza por el ritmo acelerado, abarca de los 10

a los 19 años, donde existen determinantes biológicos que son de tipo universal, pues son generales, mientras que la duración, y las características pueden cambiar de acuerdo al contexto cultural y socioeconómico.

Rodríguez (2014), hace mención de las tres características universales con las que se puede definir específicamente a la adolescencia, estas son: la dimensión biológica, posteriormente los cambios cognoscitivos y emocionales, seguido de los cambios sociales, las dos últimas están condicionados por los contextos culturales e históricos. A continuación, se describen estos.

1.2 Desarrollo biológico y físico en la adolescencia

En la adolescencia el desarrollo biológico es universal, puede prolongarse hasta los 20 años. Por una parte, el crecimiento biológico es un proceso orgánico individual que cambia progresivamente, mientras que el desarrollo es una mejora cualitativa (Meléndez, 2008; Rodríguez, 2014).

El inicio de la pubertad se da con la activación de los estrógenos en las mujeres y los andrógenos en los hombres, lo que implica el proceso de maduración sexual y cambios en las diferentes áreas de desarrollo con una duración aproximada de los 11 o 12 años hasta los 19 o 20 años (Papalia et al., 2012).

De acuerdo con Lara (1996) los principales cambios biológicos que suceden al inicio de la adolescencia son el crecimiento repentino, crecimiento y maduración de las características sexuales primarias y aparición de las características sexuales secundarias, mismas que se describen a continuación:

- **Crecimiento repentino:** Aumento de peso y distribución corporal con un periodo de los 10 a 14 años en mujeres y de 12 a 18 años en varones, pasando este periodo se alcanza la estatura adulta.
- **Crecimiento y maduración de las características sexuales primarias:** estas características se relacionan con la reproducción, los órganos sexuales internos y externos aumentan gradualmente hacia la madurez sexual.
- **Aparición de las características sexuales secundarias:** no intervienen directamente en la reproducción, los principales cambios se basan en el aumento de vello corporal, cambios de voz y hormonales mediante un proceso cronológico.

De acuerdo con Papalia y colaboradores (2012), durante la pubertad se presentan dos etapas: a) Activación de las glándulas suprarrenales comenzando la secreción de dehidroepiandrosterona que influye en el crecimiento de vello corporal, grasa en la piel y olor corporal; y b) Maduración de los órganos sexuales, en las niñas los ovarios aumentan la producción de estrógeno estimulando el crecimiento de los genitales, senos y vello púbico y axilar, mientras que en los niños aumenta la producción de testosterona estimulando el crecimiento de los genitales, masa muscular y vello corporal.

Durante esta etapa la maduración cerebral se desarrolla en dos tipos de procesos, la primera es la mielinización progresiva de las conexiones neuronales, permitiendo que los impulsos nerviosos se transmitan con mayor eficacia entre otras células nerviosas del cerebro y la segunda es la eliminación de las conexiones

sinápticas entre neuronas, también es conocido como poda sináptica. La modificación cerebral implica distintas áreas, como el lóbulo frontal y los núcleos ventrolaterales y centromediales, este proceso culmina hasta los 21 años aproximadamente y conllevan una activación más eficiente de las tareas cognitivas, planificación del futuro, regulación de emociones y razonamiento (Oliva & Antolín, 2010; Rodríguez, 2014).

1.3 Desarrollo cognoscitivo

Vygotsky (1995) señala tres importantes ideas, en la primera refiere que las habilidades cognitivas en adolescentes se pueden comprender desde la perspectiva del desarrollo progresivo, la segunda dice que las habilidades cognitivas están mediadas por las palabras, el lenguaje y las formas del discurso, y esto facilita transformar la actividad mental y herramientas psicológicas, la última que son las habilidades cognitivas se encuentran sumergidas en el trasfondo sociocultural y comienzan en las relaciones sociales.

El desarrollo cognitivo que se tiene en la adolescencia según Piaget (1973), es el pensamiento formal. En esta etapa el pensamiento se hace abstracto, conceptual, y se encuentra orientado hacia el futuro, comenzando a estructurar proposiciones que cambiarán el pensamiento de lo real a lo posible, lo que le da un sentimiento de omnipotencia. Con este tipo de pensamiento el adolescente puede indagar acerca de constructos mentales como si fueran objetos, puede planificar y decidir sobre su futuro y, a partir de los datos experimentales, formular hipótesis y alcanzar el razonamiento hipotético-deductivo (Massa & Álvarez, 2000).

Carretero, Palacios & Marchesi (1985) destacan la importancia de la comprensión de esquemas operacionales formales más específicos como la correlación, la proporción y la probabilidad, que se relacionan con las tareas hipotético-deductivas combinatorias o de control de variables; esto también depende de la familiarización que el sujeto tenga con la tarea o con el hecho, lo que determina y culmina en la formación de la identidad personal

El adolescente tiende a perfeccionar la capacidad para reflexionar sobre el pensamiento, formular estrategias y planear, de esta manera se puede decir que el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente: en primer lugar, el uso más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención y la transferencia de información, posteriormente en la solución de problemas suelen utilizar estrategias más complejas y se almacena de forma simbólica, y por último funciones ejecutivas de orden superior que son la planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones (Sternberg, 1988 como se citó en Craig 2009).

1.4 Desarrollo psicosocial en los adolescentes

Durante la adolescencia el conflicto central se basa en un proceso de duelo donde interviene la pérdida del cuerpo infantil, los vínculos primitivos familiares de las identificaciones y de los procesos mentales infantiles. Es necesario asumir las acciones individuales, como la independencia de los padres, logrando una identidad propia desarrollando valores y la formando relaciones (Mafla, 2008; Papalia et al., 2012).

La adolescencia es una etapa que se ha ido prolongando, en la cual ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, que llevan a la persona a hacerse tanto biológica, como psicológica y socialmente madura, y potencialmente capaz de vivir en forma independiente. Las tareas del desarrollo de este período son; la búsqueda y consolidación de la identidad y el logro de la autonomía. Si bien constituye un proceso de alta variabilidad individual en cuanto a; su comienzo y término, la progresión a través de sus etapas, la sincronía del desarrollo entre los diversos ámbitos y en otros aspectos, el desarrollo psicosocial de este período tiende a presentar características comunes y un patrón progresivo de tres fases: adolescencia temprana, media y tardía (Gaete, 2015).

Es muy importante el contexto en el cual se desenvuelven, por lo que no se puede dejar de hablar de la familia y amigos que es un aspecto fundamental tanto en la salud mental como en la física (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010). Algo que será un apoyo son los amigos, de esta manera el adolescente tendrá la oportunidad de compartir experiencias, problemáticas que le darán afecto, interés, empatía y orientación moral (American Psychiatric Association, [DSM-V], 2014).

Fernández (2014) menciona que durante la adolescencia los sentimientos se encuentran más expuestos, los episodios emocionales son más frecuentes, así como un cambio de personalidad, así como sobrerreacción, esto puede relacionarse con el cambio de gustos, estilo y modas, pues existe una mayor preocupación por la apariencia y la comodidad.

En esta etapa de desarrollo se pueden encontrar factores protectores y de riesgo, que como se mencionó anteriormente la familia tiene un grado de impacto

como predictor y causales de conductas futuras es por ello es importante indagar en las prácticas parentales y su relación con dicha etapa de desarrollo.

Capítulo. 2 Prácticas parentales

Los adolescentes pasan por circunstancias y cambios que influyen en su adaptación al contexto social, pueden ser tomados como factores protectores e inclusive de riesgo, la familia representa uno de los más significativos el desarrollo del adolescente, debido que ahí desarrollan habilidades y herramientas que le ayudaran a enfrentarse a las adversidades de la vida. Por lo tanto, se dedicará un capítulo para explicar la importancia de la familia enfocada a las prácticas parentales, que tienen como meta principal integrar al adolescente al contexto social (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas, 2012).

2.1 Familia

2.1.1 Definición

La familia repercute en el desarrollo socioafectivo del niño por lo que durante el periodo infantil el menor aprende habilidades, normas, roles, valores y modelos que se encuentran relacionados con el manejo y resolución de conflictos, habilidades sociales, conductas prosociales y regulación emocional, es importante visualizar la influencia familiar que tiene en el adolescente para identificar factores de riesgo y problemas de salud mental (Cuervo, 2010).

La familia es una Institución configurada por personas que pueden o no compartir parentesco de sangre, interactúan y constituyen un sistema abierto, con los que se puede convivir de forma integral, es un grupo social primario en el cual, desarrollarse, compartir experiencias es indispensable para el desarrollo adecuado

de identidad y fuente de socialización en el individuo (Olivia & Villa, 2014; Valladares, 2008).

2.1.2 Modelos teóricos:

2.1.2.1 Tipos de familia

Según informes del Instituto de Investigaciones Sociales en México (ISM, 2017) existen once tipos de familia, con características específicas en cada uno y se encuentran divididas en tres grupos principales; tradicionales, en transición y las emergentes (López, 2016).

- La primera, integrada por madre, padre e hijos y representan el 50% de la población familiar, dentro de esta existen subcategorías en las que están conformadas con: niños, adolescentes y extensas en las que se incluyen a nietos o abuelos.
- La segunda categoría, de transición no pertenece alguna de las figuras tradicionales (mamá, papá o hijos), el estudio demuestra que el 42% de los hogares se encuentran en esta situación, en las que existen madres solteras, parejas sin hijos o que están aplazando la paternidad, parejas de adultos en las que los hijos ya no residen con ellos, familiares o grupos de amigos sin parejas y personas que viven solas.
- Finalmente se encuentran las familias emergentes que están compuestas por padres solteros, parejas del mismo sexo y parejas reconstituidas que han tenido relaciones, matrimonios previos o hijos.

2.1.2.2 Modelo circuplejo de Olson

Olson y colaboradores (1992) refiere que existen tres dimensiones de las características de la familia, en donde integran la cohesión, flexibilidad y comunicación. La primera describe el esparcimiento, toma de decisiones, tiempo, alianzas y establecimiento de límites y lazos emocionales entre los miembros de familia, también se da en la pareja, consiste en la flexibilidad que se tiene para cambiar la estructura o control, negociaciones, disciplina, reglas y comunicación que es la que da pauta para interactuar con los puntos anteriores (Guerrero, 1997).

Dentro de la cohesión es importante recalcar que existen cuatro subdivisiones, llegan a existir puntos intermedios en los que una familia puede interactuar de forma más adecuada, en cambio las extremas suelen ser conflictivos. Las subdivisiones son: 1) desacoplados, son aquellos poco cohesionados; 2) separados, con baja o moderada cohesión; 3) conectados, con moderada a alta cohesión; 4) enredados que tienen alta cohesión. La flexibilidad también se encuentra subdividida en cuatro niveles 1) rígida, poca flexibilidad; 2) estructurada baja a moderada flexibilidad; 3) flexible moderada a alta flexibilidad; 4) caótica, alta flexibilidad. Es común que en las familias que tiene una dimensión caótica no existen líderes y tienen decisiones impulsivas, del lado poco flexibles tienden a ser autoritarios, con papeles fijos, mientras y en las familias flexibles se suele presentar estilo democrático (Baumrind, 1967).

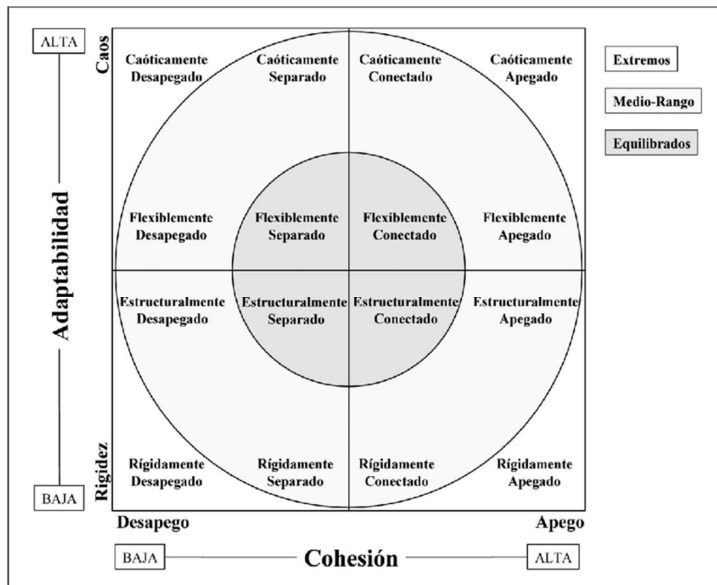


Figura 1. Modelo Circumplejo (Olsen y Colaboradores, 1984)

Fuente: Extraída de ResearchGate

De acuerdo con la figura 1 se pueden visualizar 16 tipos de sistemas: caótica-desunida, caótica- separada, caótica-conectada, caótica-enredada, rígida-desunida, rígida-separada, rígida conectada, rígida-enredada, estructurada-desunida, flexible-desunida, flexible-separada, flexible-conectada, flexible-enredada, estructurada-enredada, estructurada-conectada y estructurada-separada (Olson et al., 1992).

2.1.2.3. Enfoque Ecológico

Urie Bronfenbrenner (1986; 1992), señala que la familia se ve afectada por estructuras externas y a su vez, la familia ejerce esa influencia sobre los miembros de ésta.

- **Microsistema:** es el nivel más interno contiene a la persona y sus relaciones interpersonales directas, puede ser la familia, amigos y amigas, escuela, vecindario etc.
- **Mesosistema:** se refiere a las relaciones que la persona tiene con otros entornos como, por ejemplo, la persona y la familia o el ambiente escolar.
- **Exosistema:** se encuentra conformado por la persona y sus relaciones interpersonales, dentro de este sistema se encuentra, el trabajo de los padres, amigos y amigas de los padres etc. En esta división es donde el empleo de padre y madre afectan el estilo parental (Maccoby & Martin, 1983).
- **Macrosistema:** alude la influencia de factores culturales y del momento histórico-social son los marcos culturales o ideológicos que afectan los sistemas de menor orden, por ejemplo: la cultura, política, modelos económicos predominantes.

El modelo de Bronfenbrenner (1992) reconoce que los niños pueden estar influenciados por la comunidad, y no solo por la unidad familiar, al mismo tiempo

que tanto los niños como los adultos tienen vínculos con las fuentes culturales de una sociedad.

La familia es un factor importante en el desarrollo y ajuste del adolescente por lo que las labores de crianza pueden influir en la reducción de problemas de ajuste interno y externo, de esta manera se favorece la entrada a la adultez. Por lo que el individuo antes de integrarse a la sociedad como adulto debe aprender reglas, normas, valores que le brinden adaptabilidad en diversos contextos, de esta manera se puede observar la importancia de la investigación en la familia y las prácticas parentales más convenientes para instituir habilidades en los hijos y que serán determinantes en su desarrollo tanto psicológico como social (Oliva & Villa, 2014; Rodríguez, 2014).

2.2 Crianza

2.2.1 Definición de crianza

La crianza son las principales transmisiones de principios, conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos de una generación a otra. su función es biológica, educativa, social, económica y de apoyo psicológico (Navarrete, 2011).

Con las prácticas de crianza los padres pretenden modular y encauzar las conductas de los hijos en la dirección que ellos valoran y desean y de acuerdo con su personalidad (Ramírez, 2005).

2.2.1.1 Estilos de crianza

Al hablar de estilos de crianza se refiere a una formación de diversas actitudes dirigidas a los hijos, estableciendo un clima emocional, donde se manifiestan las conductas de los padres (Alomía, Barrientos, Condori, Sallo, Samaniego, & Carhuayal, 2018).

También se pueden entender como un conjunto de patrones de actuación que han sido establecidos a partir de la experiencia y el nivel de información que los padres tengan sobre los comportamientos considerados adecuados y que se desempeñan en el proceso de formación y crecimiento de sus hijos (Papalia, Wendkoss & Duskin, 2009).

Darling y Steinberg (1993), mencionaron que los comportamientos que incluyen conductas específicas, dirigidas a un objetivo a través del cual los padres ejercen sus funciones parentales (prácticas de crianza) y conductas de los padres no dirigidas a un objetivo, pueden ser gestos, cambios en el tono de la voz o la expresión espontánea de la emoción (estilos de crianza).

2.3 Antecedentes teóricos

La conceptualización de los estilos parentales fue propuesta por para referirse a la influencia que tienen los padres en el desarrollo del niño, a partir de sus investigaciones sobre socialización en niños y adolescentes. evalúa dos dimensiones de los estilos de crianza: control y apoyo. Se da cuenta que la relación entre estos elementos y el nivel de predominio resultante configura el estilo de crianza (Baumrind, 1967; Baumrind, 1968).

De acuerdo con Maccoby y Martin (1983), se realizaron aportaciones que fueron aprovechadas para mejorar la propuesta de Baumrind y establecer la tipología de 4 estilos parentales; democrático, autoritario, permisivo e indiferente, que se da a partir de las dimensiones de afecto y control. Esta clasificación ha demostrado evidencia empírica, validez y utilidad ya que se han destacado la importancia de los estilos parental para el desarrollo infantil, y existen investigadores que verificaron su relevancia para el ajuste adolescente.

A partir de las investigaciones que se han realizado, aportando conceptos y tipologías nuevas se ha logrado tener una base sólida para estudios posteriores enfocados a los estilos de crianza (Vázquez, 2013).

2.3.1 Tipología de estilos de crianza

Baumrind (1968; 1967) y Maccoby y Martin (1983) complementaron un modelo teórico en donde diferenciaba cuatro tipos de estilos parentales; control parental, el autoritario, permisivo y autoritativo.

- **Autoritario:** prestan atención e interés a las demandas y preguntas de sus hijos, manifiestan una combinación de afecto y apoyo con ciertas dosis de control y democracia, favorecen la autonomía e independencia, son controladores y exigentes en sus demandas, pero al mismo tiempo se muestran cariñosos, razonables y comunicativos, establecen reglas claras y promueven la conducta asertiva, sus prácticas disciplinarias se orientan más hacia la inducción que hacia el castigo, este no es físico, la comunicación es efectiva y bidireccional, sin órdenes ni gritos, esperan de

los hijos cooperación, responsabilidad y control, muestran pocas conductas problemáticas, bajos niveles de estrés y un clima familiar estable.

- **Permisivo:** combinan baja dosis de control y exigencia con relativa sensibilidad hacia las necesidades del niño, son indulgentes y no establecen restricciones, muestran autoridad frente a sus hijos, no demandan conductas maduras de sus hijos y evitan el enfrentamiento con éstos, la comunicación es poco efectiva y unidireccional, mantienen gran flexibilidad en el seguimiento de reglas, dificultando la asunción de obligaciones por parte del niño, no existen reglas claras y el ambiente familiar es desorganizado.
- **Autoritario:** combina altos niveles de exigencia y control con escasa sensibilidad o responsividad, no consideran las peticiones de sus hijos ni responden a sus demandas, son distantes, poco afectuosos y manifiestan conductas de coerción, proporcionan ambiente ordenado, con reglas claras dictadas por los padres, son más restrictivos, convencionales y prestan escaso apoyo emocional al hijo, presentan más problemas de conducta e insatisfacción en la pareja.
- **Negligente:** ausencia de demandas y de responsividad hacia la conducta de los hijos, falta de estructuración, control y apoyo de las conductas del niño, derivan sus responsabilidades paternas hacia otras figuras como la escuela u otros familiares, presentan problemas de conducta,

proporcionan un ambiente familiar desorganizado, son altamente vulnerables a la ruptura familiar.

2.4 Prácticas parentales

2.4.1 Definición

Antes de dar una definición es importante mencionar diferencias, debido a que las prácticas parentales están involucradas en los estilos parentales, y son confundidos constantemente (González, 2013).

Las prácticas parentales se interrelacionan con los estilos parentales porque estas comprenden comportamientos que se desglosan de los estilos parentales, haciendo referencia a que los antes mencionados abarcan la evaluación emocional que se crea en relación con los hijos, mientras que las prácticas parentales son conductas específicas utilizadas en la socialización del niño (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas, & Reyes, 2011).

Darling y Steinberg (1993), explican la discrepancia mencionando que los estilos de crianza representan actitudes y metas generales con respecto a la educación de los hijos y las prácticas parentales son aquellas estrategias específicas que se emplean para conseguir dichas metas, por ende, existe una gran diferencia, debido a que van de acuerdo con las distintas culturas. Es así como también mencionan que las prácticas parentales son componentes a través de los que los padres pueden ayudar a sus hijos a lograr metas de socialización.

Es importante mencionar que las prácticas parentales de crianza generan un gran impacto en el desarrollo psicológico del individuo durante sus primeras etapas,

en tanto se integra a sus relaciones interpersonales con su comunidad. Es relevante recalcarlo puesto que el aprendizaje, acciones o comportamientos concretos que proveen los padres en la crianza son fundamentales y distintos en cada familia (López, 2016).

Buestan y Mendieta mencionan (2012) que los conocimientos referentes a la cultura, valores, normas, costumbres, acciones y pensamientos, transferidos del padre o cuidador de diversas formas, como instruir a los hijos(as) hacia la supervivencia, la integración en la sociedad y el satisfacer sus necesidades primordiales son llamadas prácticas de crianza.

Otro concepto por destacar de prácticas de crianza es el de López (2016), en donde menciona que se realizan deliberada y conscientemente por parte de los padres con el objetivo de educar a sus hijos desde el nacimiento, hasta el momento en que ya no necesitan estar bajo su cuidado y protección.

Las prácticas parentales son comportamientos específicos de los padres para instituir o incidir en conductas particulares de los hijos(as) tienen que ver con la escuela, las labores del hogar o habilidades sociales, esto es de acuerdo con la importancia que le den los padres (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas, & Reyes, 2011; Betancourt, Espadin, Garcia & Guerrero, 2012).

2.4.2 Tipos

De acuerdo a estudios realizados, las prácticas parentales pueden agruparse en dos categorías: apoyo y control, esta división mostró resultados precarios por ello que, algunos autores sugieren que, para comprender de manera más clara el

constructo de control, hay que hacer la distinción entre control psicológico y control conductual (Darling & Steinberg, 1993; Gray & Steinberg, 1999; Steinberg, 1990; Barber, 1996; Schaefer, 1965; Steinberg, Elmen & Mounts, 1989 como se citó en Segura et al., 2011).

De acuerdo a los estudios que realizan Barber Olsen y Shagle (1994 como se citó en Méndez, Andrade, & Peñaloza, 2013) observan dos razones fundamentales para diferenciar al control psicológico del control conductual, por lo que proponen lo siguiente:1) para que un niño tenga una identidad personal clara es necesario que a través del aprendizaje de interacciones sociales afectivas se le brinden un grado adecuado de autonomía psicológica, de esta forma se lograra un crecimiento sano y 2) una persona competitiva dentro de la sociedad se puede lograr a través del equilibrio.

2.4.2.1 Prácticas parentales de apoyo

Esto hace referencia a diversos componentes de la relación entre padres e hijos, los cuales incluyen: la cantidad de soporte y cariño que muestre el padre o madre, la calidez de la relación padres e hijos que involucra conductas físicas y emocionalmente afectivas, así como la aprobación, cuidado de los hijos, comunicación y apoyo en situaciones difíciles (Esteinou, 2015). Estudios demuestran que padres con menor empatía al relacionarse con sus hijos, manifiestan poco apoyo castigando e ignorando (Ruíz, 2015).

Estudios más recientes consideran aspectos específicos de las prácticas parentales (Andrade et. al, 2012) mencionan que el apoyo, es entendida como la cantidad de soporte y cariño mostrado por los padres a los hijos, la cual incluye tanto autonomía y comunicación. El apoyo parental hace referencia a la calidez de la relación padres e hijos e involucra conductas físicas y emocionalmente afectivas, así como aprobación y cuidado de los hijos, comunicación y apoyo en situaciones difíciles, mientras que el control incluye demandas y expectativas que los padres requieren de sus hijos a través de la disciplina y supervisión.

2.4.2.2 Prácticas parentales de control conductual

Es todo el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen con sus hijos y el conocimiento de las actividades de estos, es decir, son aquellas conductas parentales que intentan regular, supervisar y controlar la conducta del adolescente. Está compuesto por el conocimiento parental, expectativas parentales, monitoreo parental, disciplina parental y el control parental global. Investigaciones recientes muestran que el control conductual previene problemas de comportamiento y problemas emocionales, resultando beneficioso en el desarrollo del adolescente (Betancourt, & Andrade, 2008; 2011).

Este tipo de control hace referencia a la percepción por los adolescentes de las reglas, normas y acuerdos, que se han convenido de manera negociada entre ellos y sus padres. Esto se observa cuando los adolescentes más que sentirse protegidos sienten que sus padres los sobrecontrolan o invaden su privacidad (Andrade et al., 2012).

Algunos autores (Kuppens, Grietens, Onghena y Michiels, 2009; Shek, 2007) mencionan que el control conductual involucra supervisión y conocimiento de las actividades de los hijos, produce efectos positivos en ellos.

2.4.2.3 Prácticas parentales de control psicológico

El control psicológico tiene que ver con métodos psicológicos que ejercen los padres a sus hijos. Este tipo de control se puede considerar que refiere a las conductas donde los padres son intrusivos y manipulan los pensamientos, emociones y cariño de sus hijos (Méndez, Andrade, & Peñaloza 2013).

Bustamante y Quintana (2012), mencionan que este tipo de control refiere que, si se realiza de manera agresiva, desencadena e impactan en el desarrollo del adolescente negativo, y repercute en falta de autonomía, identidad e interacción social y consumo de drogas. En cambio, si las prácticas parentales son positivas como la comunicación, se puede lograr un mejor ajuste social en los hijos

En una investigación de Segura et al., (2012) realizada en México con adolescentes, se tuvo como objetivo analizar el poder predictivo de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva de los adolescentes, considerando el sexo del hijo y de padres, se obtuvieron resultados en los que el control psicológico que los hijos perciben de su madre, son significativos en la sintomatología depresiva principalmente en mujeres. Por tal se busca sensibilizar con programas de prevención a los padres, para evitar el uso estrategias de control que sean intrusivas (devaluación, chantaje, inducción de culpa y/o la agresión física y verbal).

2.4.3 Dimensiones de las prácticas parentales

A partir de los conceptos de apoyo y control, Andrade y Betancourt (2008), sugieren que existen otras dimensiones a considerar como prácticas parentales. Se dividen en: comunicación, autonomía, control conductual, imposición y control psicológico, cinco para la madre y cuatro en el caso del papá ya que las prácticas de comunicación y control conductual se manejan como una misma (Méndez, 2017).

2.4.3.1 Autonomía

Implica la promoción de la individualidad del hijo, en el que existe sentido de identidad y responsabilidad, se basa en conductas que buscan no depender de alguna persona al ejecutar acciones, va implícito el que la persona tenga equilibrio entre las acciones que decida tomar y lo que su grupo social necesita, de esta manera podrá configurar su personalidad, un padre que lo practica puede enseñar al menor conocer lo que hace y visualizar sus consecuencias (Andrade et al., 2012; Cortez & González 2017; Ramírez, 2016).

Florenzano y colaboradores (2011) examinaron en Chile a 2346 alumnos en donde se analizaron las correlaciones existentes entre ideación suicida y estilos parentales, tanto para adolescentes con y sin síntomas depresivos, los resultados obtenidos indican que la ideación suicida tiene una mayor correlación con los estilos parentales que con la edad o etapas de la adolescencia. Los adolescentes cuyos padres ejercen autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad parental y monitoreo paterno poseen menor ideación suicida que los adolescentes cuyos padres carecen de estas conductas.

2.4.3.2 Control Conductual

Control conductual, es aquella estrategia que implica restricción, límites y reglas que utilizan los padres para supervisar, regular y monitorear el comportamiento de los adolescentes. Es necesaria una buena regulación conductual hacia los hijos debido a que esta es una manera en que ellos pueden aprender a relacionarse dentro del medio social y con base en las normas establecidas dentro de su cultura ya que un control conductual poco claro e inconsistente puede provocar que el menor experimente alguna problemática (Esteinou, 2015).

2.4.3.3 Control Psicológico

Posteriormente Barber y colaboradores (1994, como se citó en González, Guevara, Jiménez, & Alcázar, 2017) suma otra distinción: el control psicológico; dichas estrategias parentales se encuentran enfocadas hacia la crítica, culpabilizaciones, con afecto contingente, comunicación restrictiva, invalidación de sentimientos, comportamientos intrusivos y sobreprotectores por dicho motivo se hace referencia a que está del lado contrario al control conductual.

El control psicológico puede resultar en individuos poco competentes y sin un claro sentido de identidad personal y esto repercute directamente en la adolescencia puesto que desde niños se impiden las expresiones de autonomía e inicio de independencia, lo cual imposibilita un desarrollo sano del menor (Esteinou, 2015).

Betancourt y Andrade (2011) aplicaron un estudio a 587 estudiantes de 12 a 16 años de edad de la Ciudad de México, en la que se buscó determinar si existían

diferencias de acuerdo con el género de los padres en los efectos del control parental psicológico y conductual en los problemas emocionales y de conducta de los hijos(as), 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.

2.4.3.4 Imposición

De acuerdo con Fuentes, García, Gracia y Alarcón (2015), la imposición se refiere a padres que ejercen su autoridad con sanciones, amenazas, fuerza física (golpes y lenguaje denigrante), esto repercute de manera alarmante el bienestar psicológico de los hijos, sin embargo, si llega a relacionarse con actitudes de afecto puede contribuir al progreso de ajuste mental, social y habilidad para afrontar eficazmente situaciones que le pudieran generar estrés.

2.4.3.5 Comunicación

La comunicación parental se refiere a la forma en cómo los padres transmiten los mensajes a los hijos y viceversa. La calidad del contenido de esos mensajes requiere habilidades para saber comprender lo que se está diciendo, tanto a nivel verbal como no verbal. En este sentido la comunicación funge como un mediador entre las necesidades y demandas paterno-filiales; que generan una apertura para poder conversar sobre cualquier tema y permitir encontrar soluciones constructivas a los problemas que se presenten o simplemente generar ideas, de tal forma que se van construyendo lazos de confianza entre los involucrados, determinando que existe apoyo y seguridad. No obstante, la comunicación es un elemento que se va construyendo y fortaleciendo con el tiempo, debe ser constante y requiere coherencia (Cortez & González; Guevara, & Jiménez, 2017).

Sánchez, Palos y Gómez (2013) encontraron que las prácticas parentales predicen las capacidades y dificultades de los preadolescentes, por lo que se debe promover la comunicación, autonomía y el control conductual, esto con el fin de que se fomente un desarrollo adecuado debido a que la imposición y el control psicológico de los padres está íntimamente relacionado con problemas de conducta, hiperactividad/falta de atención y síntomas emocionales de sus hijos.

2.5 Instrumentos de medición

La Escala de Estilos Parentales Percibidos: Mis Memorias de Crianza (EMBU-I) es un instrumento de origen sueco desarrollado por Perris (1980, como se citó en Márquez, Hernández, Aguilar, Pérez, & Reyes, 2007) y adaptado para

población mexicana adolescente de 12 a 17 años por Márquez y colaboradores (2007), se compone por 66 ítems en el que 33 versan en la percepción que se tiene de los padres y la otra mitad está dirigida hacia las madres. Se encuentra conformado por tres dimensiones: calidez, rechazo y control, con cuatro opciones de respuesta, tipo Likert que va de 1 “no, nunca” a 4 “si, casi siempre”. La confiabilidad del instrumento oscilo entre .81 y .94 alfa de Cronbach.

La Escala de Prácticas Parentales (PP-A) es un instrumento para adolescentes de 12 a 19 años creado por Andrade y Betancourt (2008) validada en México por Segura et al., 2011 consta de dos escalas con 40 reactivos cada una, la primera es sobre la percepción que se tiene de la madre y evalúa cinco factores: 1) comunicación, 2) autonomía, 3) imposición, 4) control psicológico y 5) control conductual/comunicación. La segunda para papás se compone de cuatro factores: 1) autonomía, 2) imposición, 3) control psicológico y 4) comunicación/control conductual. La primera con un alfa de Cronbach de .82 y la segunda con un alfa de Cronbach de .88, el tipo de respuesta es tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que va de 1 “nunca” a 4 “siempre”.

El Cuestionario de Prácticas Parentales (Parenting Practices Questionnaire), desarrollado por Robinson, Mandelco, Frost y Harten, (1995 como se citó en Gaxiola, Frías, Cuamba, Franco y Olivas, (2006) y validado en México por Gaxiola, et al., (2006) es un instrumento de autoinforme lo puede contestar el padre, la madre o los cuidadores con hijos de entre 6 y 18 años, consta de 62 reactivos, evalúan tres factores que son; autoritativos, autoritarios y permisivos, con un alfa de Cronbach

de .70 y .69. Las respuestas son tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que va de 0 “nunca” a 5 “siempre”.

Basado en las características que componen las prácticas parentales se puede apreciar que el elemento familiar funge un papel importante durante la adolescencia que de acuerdo con las características de la calidad de vida puede llegar a tener impacto en las siguientes etapas de desarrollo. Para ello es necesario considerar los elementos criterios y tipos que la conforman.

Capítulo 3. Calidad de vida

La calidad de vida es un tema destacable debido a sus características, como su multidimensional y subjetividad, abordando diferentes contextos del individuo, es por ello que en este capítulo se brindara información acerca de sus características, tipos y como la calidad de vida se relaciona con diferentes áreas del individuo de igual manera se presentara los diferentes modelos teóricos relacionados con este tema (Schwartzmann, 2003).

3.1 Definición

De acuerdo con la OMS (1996) la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en que vive, relacionadas con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

Por su parte Levy y Anderson (1980) abarcan un concepto más amplio por lo que concibe que calidad de vida es una medida en la cual se evalúa el bienestar físico, mental y social, esto de acuerdo a como lo percibe el individuo o el grupo, interviniendo factores tales como la felicidad, satisfacción y recompensa. Así mismo Urošević y colaboradores (2015) retoma el concepto anterior definiéndolo como un grado de bienestar, sin embargo, menciona que esto dependerá del desarrollo que la persona ha tenido.

La valoración que una persona puede llegar hacer de su calidad de vida dependerá del proceso cognitivo de comparación, en el cual interviene su nivel de

aspiraciones, expectativas, grupos de referencias, valores personales, actitudes y necesidades (Sánchez-Sosa & Gonzalez-Celis, 2006).

Dentro del concepto de calidad de vida se incluye un estado de bienestar que la persona puede sentir, son condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Navarrete, 2011).

Así mismo la calidad de vida según Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) es el resultado de la integración de condiciones de vida, satisfacción de vida y su sistema de valores.

Por su parte Alguacil (2000) concibe la calidad de vida como un nivel alto de satisfacción en cuanto a las diferentes necesidades, y lo aborda en tres dimensiones, la primera es el espacio territorial que toma en cuenta la infraestructura donde se desenvuelve el individuo, el bienestar percibido en cuanto a empleo, salud y educación, y la identidad cultural mediante el establecimiento de vínculos y relaciones sociales.

Finalmente, Quiceno y Vinaccia (2013) aborda la calidad de vida infantil como la percepción del bienestar a nivel físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico en cual se desenvuelve, con respecto a su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales que posee.

3.2 Características

El concepto de calidad de vida presenta características que le permite ser evaluada Schwartzmann (2003), menciona que la primera de ellas es que es subjetiva, esto quiere decir que se enfoca en la percepción individual; el segunda es que multidimensional, porque abordar diferentes ámbitos que integran a la persona en los que se encuentran el área física, emocional e interpersonal; el tercero es el factor de sentimiento, el cómo la persona lo evalúa ya sea positivo o negativo; y finalmente se encuentra la variable de tiempo en la que se encuentra la edad y la presencia de enfermedades.

Así mismo George y Reyes (2017), mencionan que la característica de multidimensional que se le adjudica a la calidad de vida es porque aborda diferentes contextos como son el físico, social, cultural y ambiental en los cuales la persona se ve inmersa.

De igual manera Camacho y Galán (2015), afirma que la calidad de vida está complementada por dos aspectos: individual y colectivo, en el primero se da una evaluación propia del individuo a nivel personal y el segundo se aborda desde los aspectos de bienestar estipulados por la sociedad.

Por otra parte, Ardilla (2003), refiere que esta variable está integrada por aspectos subjetivos como pueden ser la intimidad, manifestación de emociones, confianza percibida y funcionalidad; y aspectos objetivos los cuales son estabilidad material, relaciones positivas y su percepción de salud.

3.3 Tipos

3.3.1 Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud permite evaluar las repercusiones y los efectos en cuanto a la funcionalidad del en un enfoque médico se utiliza para evaluar el nivel de desempeño que puede tener el paciente en cuanto a su proceso de tratamiento (Muñoz & Palacios-Espinosa, 2015).

Por su parte Tušek-Bunc y Petek (2016) definen la calidad de vida relacionada con la salud, visto como una continua evaluación, donde la persona identifica si puede funcionar y tiene una percepción de la salud y bienestar.

Schwartzmann (2003), aportó una evaluación de este modelo en niveles diferentes, los cuales son:

- **Fisiológico:** enfocado a la sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, y respuesta sexual.
- **Emocional:** evalúa sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, y frustración.
- **Social:** basado en la situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras.

Es importante analizar la diferencia entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, ya que existe una distinción en estas dos, la primera variable se centra en aspectos cuantitativos y cualitativos en cuanto a la evaluación

de bienestar en el aspecto social y general, la segunda variable aborda las restricciones de actividades percibida por el individuo en áreas esenciales desde un enfoque bio-pisco-social con respecto a la enfermedad (Goldwurm, Baruffi, & Colombo, 2004; Quiceno &, Vinaccia 2012). La calidad de vida relacionada con la salud engloba la perspectiva en cuanto a la enfermedad y el proceso de atención y repercusión ante ésta, mientras que la calidad de vida tiene un enfoque sociológico (Tolstenko, & Evangelista, 2016).

3.3.2 Calidad de vida relacionada con la enfermedad

Otro tipo importante es la calidad de vida relacionada con la enfermedad, la cual se centra en la parte emocional generada a partir de la enfermedad y los efectos que desencadena en la persona tras los tratamientos implementados. En este modelo intervienen problemáticas como adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales; médicas y sociales; problemas con la autoimagen y autoestima; dificultad de adaptación, recuperación, rehabilitación, incapacidad y deterioro, o relacionadas con la muerte (Sánchez-Sosa et al., 2006).

Es importante señalar que en la medición de salud se consideran las diferencias en las expectativas individuales, las que cambiarán dependiendo de factores sociales, psicológicos, socioeconómicos, demográficos y otros factores culturales, cabe resaltar que una persona puede estar en diferentes etapas de enfermedad cuando es evaluada y la respuesta a la enfermedad no es estandarizada sino altamente individual (Urzúa, 2010).

3.3.3 Calidad de vida laboral

La medición de la calidad de vida laboral se encuentra determinada como la experiencia personal de los empleados respecto a su implicación en el ejercicio de una ocupación, tienen una naturaleza multidimensional que integra objetivos organizacionales y experiencia psicológica de los trabajadores, asociándose con la satisfacción, motivación y rendimiento laboral (Segurado & Argulló, 2002).

Actualmente el marco teórico del ámbito laboral se centra actualmente en el estudio del bienestar subjetivo de los trabajadores es una medida de éxito de los objetivos productivos definidos por las organizaciones (Gómez, 2010; Michie & Williams, 2003).

3.3.4 Calidad de vida en el trabajo

Este tipo de calidad de vida también la encontramos con respecto al área laboral la cual tiene una repercusión en la vida del individuo a nivel; se encontró que la sobrecarga de trabajo repercute de manera significativa y negativa en la calidad de vida en el trabajo, en particular en la satisfacción laboral y el conflicto trabajo-familia, por lo cual se genera la necesidad y prioridad de atender dicha situación (Pérez, 2013)

Con respecto a lo anterior Chiavenato (2007) propone definir calidad de vida en el trabajo como el nivel en el que los individuos pueden satisfacer sus necesidades vitales con respecto a la actividad que realizan dentro de las instituciones en las que laboran, permitiendo aumentar el bienestar físico y psicológico, con el propósito de alcanzar una satisfacción en su vida a nivel general.

3.4 Modelos Teóricos

3.4.1 Modelo de calidad de vida de la OMS

La OMS (1996), plantea un modelo en el cual explica que la calidad de vida emerge de la evaluación que el individuo realiza a partir de dos aspectos importantes, el primero de ellos es el funcionamiento objetivo en el cual intervienen las conductas y capacidades del individuo, el segundo aspecto es la satisfacción o insatisfacción con respecto a lo anterior.

Dicha evaluación se realiza en seis dimensiones las cuales son el dominio físico, dominio psicológico, medio ambiente, nivel de independencia, relaciones sociales y finalmente espiritualidad, religión y creencias personales. En el modelo que presenta la OMS (1996), se afirma que los factores tales como metas, intereses y expectativas que el individuo tiene, influyen en gran medida en la percepción de la calidad de vida (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

3.4.2 Modelo integral de calidad de vida de Kelley-Gillespie

Kelley-Gillespie (2009) propone un modelo integral de calidad de vida abarcando seis áreas: 1) bienestar social el cual hace referencia a las diferentes interpretaciones que la persona hace con respecto a los eventos; 2) bienestar físico evalúa la condición física y el nivel de funcionamiento; 3) bienestar psicológico que se refiere a la salud mental.

De la misma manera se integra el 4) bienestar cognitivo que mide la capacidad de la toma de decisiones y la habilidad de resolver conflictos; 5) el

bienestar espiritual abordando los valores personales y morales, las normas de conducta y las creencias espirituales que se posee el individuo; 6) bienestar con respecto al medio ambiente en el que se valora las condiciones de vivienda, acceso a transporte público y a lugares de recreación (Kelley-Gillespie, 2009).

3.4.3 Modelo de salud y calidad de vida de Wilson y Cleary

Wilson y Cleary (1995), propusieron un modelo de salud y calidad de vida que abordan distintos marcos comprensivos de la salud, el primero de ellos es el paradigma clínico en el cual se centra en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos.

El segundo marco es un paradigma de las ciencias sociales en el cual se enfoca en dimensiones de funcionamiento y bienestar general, lo que concluye que las alteraciones en la condición física de la persona tendrán como consecuencia cambios a nivel físicos y psicológico, afectando el estado funciona, la salud y la calidad de vida en general (Wilson & Cleary, 1995).

3.4.4 Modelo de calidad de vida de Marinelli y Plummer

El modelo de calidad de vida está integrada por seis dimensiones dinámicas; la primera de ellas es la 1) dimensión física en el cual se aborda la aptitud física, flexibilidad y fuerza muscular, de igual manera valora la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana; 2) dimensión emocional evaluando la capacidad de hacer frente al estrés y el compromiso de gestionar conflictos; 3) dimensión social el cual toma en cuenta la comunicación, compañía y obligaciones con respecto a

otras personas y el sentido de pertenencia que se tiene con respecto a su contexto. Posteriormente aborda la 4) dimensión intelectual donde valora la capacidad que el individuo tiene para procesar la información, evaluando los valores y creencias, así mismo la capacidad de toma de decisiones; 5) dimensión espiritual esto se refiere a la relación con otros seres vivos y la comprensión con respecto al sentido de vida y finalmente es la 6) dimensión ambiental aquí se aborda la seguridad y limpieza del entorno, servicio de salud en cuando a su acceso y disponibilidad que se tiene, y los recursos financieros (Marinelli & Plummer, 1999 como se citó en Kelley-Gillespies, 2009).

3.4.5 Modelo de la calidad de vida de Felce y Perry

Felce y Perry (1995) proponen un modelo referente a la calidad de vida, el cual está compuesto por cinco dominios y distintos subdominios; 1) bienestar físico el cual abarca la salud, cuidado personal, deporte y movilidad; 2) bienestar material integrado por ingresos, calidad en la vivienda, transporte, seguridad y posesiones; 3) bienestar social el que intervienen relaciones personales y la participación que la persona tiene dentro de la comunidad. Posteriormente integra el 4) desarrollo y actividad en el que se toma en cuenta la competencia, productividad y actividad, y finalmente el 5) bienestar emocional en el que se evalúa el efecto positivo, manejo del estrés, salud mental, autoestima, estatus y respeto, fe y creencias, sexualidad.

3.4.6 Modelo ecológico de calidad de vida de Schalock y Verdugo

Schallock, Bonham y Verdugo (2008) tras la multidimensionalidad del concepto de la calidad de vida establecieron un modelo el cual plantean ocho dominios como indicadores: 1) bienestar emocional el cual está integrado por la satisfacción y ausencia de estrés; 2) relaciones interpersonales tomando en cuenta las redes sociales del individuo; 3) bienestar material en el cual se evalúa el estatus económico, empleo y vivienda. De igual manera aborda 4) desarrollo personal abarcando el estatus educativo y las actividades de la vida diaria; 5) bienestar físico en cuanto a salud y nutrición; autodeterminación tomando en cuenta las metas, preferencias, elección y autonomía de la persona; 7) inclusión social con respecto a la participación y apoyo, y finalmente 8) derechos respecto a la dignidad y acceso legal que se tiene.

Dentro de este modelo también se manejan tres niveles que afectan a la calidad de vida, el primero es el microsistema este hace referencia al ambiente social que perjudica de manera directa la cual abarca la familia, el hogar, el grupo de compañeros y el lugar en el que labora; el segundo es el mesosistema haciendo referencia a la comunidad y organizaciones que afectan de manera directa al microsistema; el cual se refiere a los patrones de la cultura , tendencias sociopolíticas y sistemas económicos que perjudican los valores de la persona (Schallock, Bonham, & Verdugo, 2008).

3.4.7 Modelo de calidad de vida centrado en la evaluación

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) plantean este modelo a partir de la teoría de comparación temporal de Albert de 1977 y el término de comparación social de

Fistingher en 1954, en el cual menciona que la evaluación de la calidad de vida está determinada por dos procesos, el primero de ellos es la importancia que la persona adjudica al dominio que se está evaluando y el segundo es la comparación social intrasujeto y extrasujeto.

La comparación intrasujeto abarca las discrepancias entre lo que se tiene y lo que se quiere lograr, de igual manera la comparación de lo que la persona es actualmente y el ideal que quiere alcanza, así mismo retoma el tiempo pasado, presente y futuro. En la comparación extrasujeto intervine la comparación social en el cual el individuo contrasta sus opiniones y habilidades con respecto al grupo en el cual se desenvuelve (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

3.5 Instrumentos de medición

Existen diversos instrumentos que evalúan la calidad de vida entre los cuales está el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), creado y validado para población mexicana por Riveros, Sánchez y Del Águila en 2009, la edad de la población a la que está dirigido es ilimitada, consta de 53 reactivos estructurados en escala tipo Likert, orientados a evaluar las doce áreas: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico (Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010).

Como anexo al instrumento, se agregan cuatro reactivos dirigidos a evaluar disgustos, problemas de salud, muerte de alguien cercano y separación, identificadas como situaciones que pueden interferir en la calidad de vida. Posee un

Alfa de Cronbach de .9337 en el área de vida cotidiana mientras que en el área de actitud hacia el tratamiento obtiene .6831 (Garduño et al., 2010).

Otro instrumento que evalúa esta variable es el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico elaborado por Varni en 1999, estandarizado en población mexicana por Villarruel y Lucio (2010) dirigido a población adolescentes de 13 a 18 años, está constituido por 23 reactivos, estructurados en escala tipo Likert, evaluar distintos factores en los que se encuentra malestar emocional, cognitivo, funcionamiento emocional, funcionamiento físico, funcionamiento social con respecto a la escuela y funcionamiento físico con relación a la autonomía. Dicho instrumento cuenta con un Coeficiente de Cronbach de .86 (García, 2014; Guajardo, 2004).

El cuestionario llamado *Screening for and promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescents* (KIDSCREEN-52) fue creado por 13 países europeos en 2002 (Aymerich et al., 2005) el cual permite medir la calidad de vida relacionada a la salud, ha sido adaptado transculturalmente y validado en México por Hidalgo-Rasmussen, Rajmil y Montaña en 2011, obteniendo una alfa de Cronbach de 0.86, dicha prueba puede ser aplicada a población infantil y adolescente con un rango de edad de 8 a 18 años (Hidalgo-Rasmussen et al., 2014).

El instrumento está constituido por 52 ítems con una escala tipo Likert, que evalúan diez dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud, los cuales son: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, apoyo social y amistades, ambiente escolar, aceptación social o bullying y recursos económicos (Lugo, 2017).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente se puede observar que el nivel de calidad de vida que tenga el adolescente va a influenciar en la integración de la personalidad y puede afectar de forma o positiva o negativa en la manifestación de emociones, en caso de que la estabilidad material, relaciones con los pares y su percepción de salud, se brinde o se perciba de forma deficiente o como mala calidad de vida puede desencadenar emociones negativas entre las que se relaciona el trastorno depresivo, por tal se abordara dicho tema a continuación (Odiel, 2013; Ardilla, 2003).

Capítulo. 4 Depresión

La depresión constituye un problema de salud significativo a nivel mundial (OMS, 2017); los adolescentes se encuentran expuestos a diferentes situaciones y contextos que los pueden convertir en predisponentes a la sintomatología depresiva, es importante conocer las generalidades de este trastorno del estado de ánimo, su epidemiología a nivel mundial, nacional y estatal, sus síntomas, causas y consecuencias, el presente capítulo tiene la finalidad de presentar dichos apartados.

4.1 Epidemiología

4.1.1 Mundial

De acuerdo con la OMS (2017) se calcula que hay más de 300 millones de casos de depresión en el mundo, al considerarse un problema de salud serio pues, de acuerdo a lo prolongado que puede ser, afecta directamente en las actividades de la persona. Según la OMS (2017) en la adolescencia, la depresión es la principal causa de discapacidad, y el suicidio ocupa el tercer lugar de mortalidad en adolescentes.

Con formato: Sin Resaltar

4.1.2 Nacional

La depresión tiene mayor prevalencia en la población mexicana femenina con el 10.4%, mientras que en población masculina el porcentaje es de 4.5%. Mientras que en la población adolescente mexicana se ha estimado en un 7.8 % generando discapacidad pues interviene en su desarrollo y toma de decisiones para la vida (Berenzon, Lara, Medina-Mora, & Robles, 2013).

Según la Secretaría de Salud (2015) la depresión en adultos corresponde al 3.8% de la población, causante de incapacidad.

En los trastornos del estado del ánimo en población adolescente e infantil se estima que un 28% recibe atención ambulatoria, 27% en hospitales generales, y el 27% en hospitales psiquiátricos (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & OMS, 2011).

4.1.3 Estatal

En el estado de Hidalgo la depresión ocupa el quinto lugar dentro de las diez principales causas de discapacidad (Secretaría de Salud, 2015).

En el estado la prevalencia de depresión es mayor en las mujeres, destacándose de otros estados, mientras que la prevalencia en los hombres es significativamente menor (Secretaría de Salud, 2008).

4.2 Definición

De acuerdo con la OMS (2017) la depresión se caracteriza por una pérdida de interés en las actividades que solían ser agradables, incapacidad para desempeñar actividades cotidianas, acompañada de una tristeza continúa.

Por otra parte, Orozco, Ybarra y Valencia (2015) destacan que la depresión implica una alteración en los episodios afectivos

La depresión también es considerada como un conjunto de síntomas afectivos: tristeza patológica, irritabilidad, impotencia ante los obstáculos de la vida, esto es de tipo cognitivo o somático (Alberdi, Castro, Taboada & Vázquez, 2006).

4.3 Síntomas

De acuerdo al número, intensidad, y episodios de los síntomas, la depresión se puede clasificar como leve, moderado o graves (OMS, 2017)

Las características generales de la sintomatología depresiva son: tristeza, fatiga, dolor somatizado, alteración del sueño, ansiedad, cambios en el apetito y hábitos alimenticios, falta de interés por situaciones y eventos que antes eran agradables, sentimientos de culpa (Orozco et al., 2015).

4.4 Tipos

4.4.1 Trastorno depresivo mayor

La APA (2014) en el DSM-V el trastorno de depresión mayor se caracteriza por el estado de ánimo deprimido durante el día en el caso de los adolescentes este síntoma se puede relacionar con la irritabilidad, y pérdida de interés en la mayoría de las actividades durante el día. Algunos otros síntomas de importancia para distinguirlo, estos deben de presentarse con un mínimo de dos semanas, por lo menos se deben de presentar cuatro de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas; estado irritable en niños y adolescentes.

- Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, obtenido de información subjetiva u observación.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; más del 5% del peso corporal en un mes; o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días; información por la observación de otros y solo por sensación subjetiva de inquietud.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad inapropiada o excesiva casi todos los días; puede ser delirante, como autorreproche
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, capacidad de razonamiento casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes; no sólo miedo a morir, ideación suicida sin un plan determinado, intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.

4.4.2 Trastorno distímico

El trastorno distímico tiene una gran comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, sin embargo, lo que distingue a este trastorno es que la persona considera que la melancolía presentada es normal y refieren presentarla por mucho tiempo atrás (Sarason & Sarason, 2006).

Los mismos autores distinguen las diferencias del trastorno distímico, mencionan que algunos síntomas y características son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, por lo menos durante dos años en adultos y uno en niños y adolescentes.
- No hay presencia de un episodio depresivo mayor en este lapso de tiempo.
- Las alteraciones sufridas no son producto de alguna sustancia química o enfermedad médica general.
- Los síntomas generan deterioro en áreas importantes de funcionamiento.

4.4.3 Trastorno depresivo no especificado

Esta clasificación se distingue porque no existen suficientes elementos para resaltar el motivo de incumplimiento, los criterios no son suficientes para un diagnóstico específico; sin embargo, si se identifica el deterioro significativo en el ámbito social y laboral (APA, 2014).

En el CIE-10 se clasifica como otros episodios depresivos o depresión atípica (F32.8) pues no tiene criterios específicos sin embargo su impresión diagnóstica indica una naturaleza y mezcla depresiva: tensión, preocupación y aflicción con mezcla de síntomas somáticos como dolor persistente o astenia sin una causa orgánica (World Health Organization, 1994).

4.5 Causas o factores de riesgo

4.5.1 Biológicas

La genética es un factor en la incidencia de la depresión, pues si se tiene antecedentes familiares de dicho trastorno y se relaciona con los estados de ánimo negativos es mayor la probabilidad de generar tendencia hacia la sintomatología depresiva (Zaragoza, 2015).

Entre las causales biológicas se encuentra la disminución de neurotransmisores como: la adrenalina, noradrenalina y dopamina, neurotransmisores asociados con el placer (Aycardo, De León, & Moreno, 2007).

La depresión es causada por una alteración en la regulación de los sistemas neuroconductuales: facilitación, inhibición, grado de respuesta al estrés, ritmo biológico, procesamiento ejecutivo cortical de información (Friedman & Thase, 1995, como se citó en Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

La depresión se asocia con el nivel hormonal, ya que cuando se presentan periodos en donde los niveles hormonales presentan un grado de alteración como el ciclo menstrual, la etapa post- parto y la menopausia, lo que sitúa al sexo femenino con mayor vulnerabilidad ante este criterio (Vega-Rivera, Fernández-Guasti, Ramírez-Rodríguez, Castro-García, & Estrada-Camarena, 2012).

En un estudio se demostró que el sexo también es un factor determinante de la sintomatología depresiva en la adolescencia, de la muestra obtenida (100 adolescentes) el 79% de la población que presentó la sintomatología eran mujeres, mientras que el resto eran varones (Aycardo et al., 2007).

4.5.2 Psicosociales

Los antecedentes negativos en la infancia, como violencia, exposición constante a situaciones estresantes, influye en la presencia de síntomas depresivos en etapas posteriores (Moreh & O' Lawrence, 2016).

Moreh y O' Lawrence (2016) refieren que en la etapa de la adolescencia se presentan cambios que resultan estresantes para el menos, el cambio físico genera una alteración en la estima corporal, que en ocasiones los pensamientos se vuelven negativos.

Según Odiel (2013), existen dos causas principales, las determinantes y las desencadenantes, la primera se refiere a las circunstancias negativas que impactan en la integración de la personalidad en etapa formativa, la segunda que viene de una causa externa que genera en el individuo una distorsión mental.

Adolescentes con características depresivas se observa que la motivación es baja, sus relaciones sociales son deficientes causando tendencia al aislamiento social, esto en conjunto genera una disminución en su desempeño académico (Fonseca- Pedrero, Lemos-Giráldez, Muñiz, & Paino, 2011).

El entorno social y ciertos eventos como problemas de salud, maltrato, violencia escolar y disfunción familiar, pueden ser desencadenantes de una respuesta desproporcional a este, sin embargo, la situación no es la causa, sino las características socioeconómicas, soporte social, roles de género, entre otros (Londoño, & González, 2016).

4.5.3 Modelos Teóricos

4.5.3.1 Teoría Psicodinámica

Desde la Teoría Psicodinámica, se considera que la depresión se origina cuando la persona pierde el deseo de satisfacer las tendencias libidinales causando una incapacidad de para amar y sentirse amado, además de la característica singular del sentimiento de culpa y preocupación por sí mismo como medio para llamar la atención (Abraham, 1911 como se citó en [MendezMéndez, 1995](#)).

Abraham (1916) destaca la personalidad de la persona depresiva como masoquista, con hostilidad pues no pueden establecer relaciones libidinales duraderas. La depresión tiene origen en la etapa oral

Según Jacobson (1946, como se citó en [MendezMéndez, 1995](#)) la mente se desarrolla por la carga de energía mental o afectiva en relación a la representación del sí mismo y los objetos que le rodean, puede ser con energía libidinal, agresiva o neutralizada. Cuando la carga es agresiva y la separación de las representaciones objétales no es adecuada, se origina la depresión.

4.5.3.2 Teorías Cognitivas

4.5.3.2.1 Teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

Miller y Seligman (1975), postula que su origen se debe a que la persona no distingue su comportamiento y sus consecuencias positivas o negativas causando la indefensión aprendida (estado de pasividad).

4.5.3.2 Teoría cognitiva de Beck

Esta teoría propuesta por Aaron Beck y colaboradores (1979) explica que la depresión es el resultado de la interpretación equivocada de la persona en relación a los acontecimientos y situaciones que se afrontan. Tomando como conceptos básicos la cognición, contenido cognitivo y los esquemas (Vázquez et al., 2000).

La estructura y los procesos cognitivos interactúan para la construcción de la información a partir de lo sensorial generando los pensamientos, creencias e ideas, en la depresión este proceso se ve incluido de manera negativa, causando malestar psicológico. En pacientes depresivos la cognición se caracteriza por: los esquemas, pensamientos automáticos, la triada cognitiva (visión negativa de sí mismo y lo externo), y la percepción y procesamiento de información erróneo (Figuroa, 2002; Vázquez et al., 2000).

La depresión tiene relación con la pérdida significativa que genera distorsiones cognitivas, la tristeza es consecuencia de la sensación de pesimismo, privación y autocrítica; se basa más en las consecuencias que en las causas (Beck, 1988 como se citó en [MendezMéndez](#), 1995).

4.5.3.3 Teoría Existencialista

Se enfoca en la autoevaluación que la persona tiene después de una pérdida significativa, en el caso de la persona con depresión existe una preocupación exagerada por el pasado, pero que se retoma en el presente para una tortura generando sentimientos de culpa (Arieti, 1974 como se citó en [MendezMéndez](#), 1995; Sarason, 2006).

4.6 Consecuencias

4.6.1 Biológicas

Mujeres que presentan altos niveles de ansiedad y sentimientos negativos durante y después del embarazo afectan el desarrollo del feto al liberar hormonas que modifican la sinapsis del feto generando agrandamiento en los núcleos amigdalosos que regulan las reacciones emocionales, sentimientos de ansiedad, pánico, y agresión (Bembnowska & Josko- Ochojska, 2015).

4.6.2 Psicosociales

La presencia de sintomatología depresiva en la adolescencia trae como consecuencia un mayor riesgo para la evolución de la depresión en la edad adulta, conductas suicidas, así como un deterioro en la funcionalidad de la persona y existe una alteración en la percepción de sí mismo, agravando el estado emocional del adolescente. (Fonseca- Pedrero et al., 2011).

Según Fonseca- Pedrero y sus [eélegascolegas](#) (2011) en adolescentes con características depresivas se observa que la motivación es baja, sus relaciones sociales son deficientes causando tendencia al aislamiento social, esto en conjunto genera una disminución en su desempeño académico.

4.7 Instrumentos de medición

Jurado et al., (1998) realizaron la estandarización del Inventario de depresión de Beck (Beck, Kovacs & Weissman, 1979) en población mexicana. El inventario evalúa la sintomatología depresiva, cuenta con 21 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va desde de 0 (ausencia de síntomas) a 3 (depresión

severa). Validada para adultos y adolescentes mexicanos de 15 a 65 años. Este instrumento cuenta con una confiabilidad interna es de .87.

La escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, adaptada al español por González- Forteza, Jiménez- Tapia, Ramos-Lira y Wagner (2008), está conformada por 15 reactivos que evalúan 7 factores: Afecto deprimido, afecto positivo, inseguridad emocional y problemas interpersonales, somatización, bienestar y efectividad retardada. La consistencia interna de la escala es de .93.

4.8 Tratamiento

En México el 20% de la población con sintomatología depresiva busca ayuda, sin embargo, esta búsqueda se inicia 14 años después de los primeros síntomas (Páez et al, 2002, como se citó en Berenzon et al., 2013).

De acuerdo al enfoque cognitivo conductual propone que el paciente aprenda a identificar su estado emocional para asociarlo con el pensamiento que genera el síntoma y en consecuencia la conducta (Orozco et al., 2015).

Orozco et al., (2015) refieren que se deben de tomar en cuenta cuatro supuestos básicos para el funcionamiento de la terapia cognitivo conductual de la depresión:

- La percepción, aprendizaje y conocimiento que la persona adquiere depende de su sistema de procesamiento de información para atribuirle un significado personal.
- La cognición es el mediador entre el pensamiento y la conducta.

- La cognición es una buena opción para trabajar en terapia.

Si la cognición se modifica, existirá un cambio en lo afectivo, conductual y somático. Esto se guía por la reestructuración cognitiva o actividades planeadas por el terapeuta.

En un estudio de Hamlat, Shapero, Hamilton, Stange, Abramson, y Alloy (2015), se observa que la estima corporal funge como un mecanismo contribuyente a la aparición de sintomatología depresiva por lo que es una variable que a continuación se podrá desglosar para resaltar posibles determinantes y factores de riesgo que se tiene en esta etapa de cambios.

Capítulo 5. Estima corporal

En la adolescencia se presentan cambios físicos, que pueden llegar a ser inquietantes, añadiendo los cambios emocionales y sociales, como la aceptación y deseo de ideales y moda. Teniendo esto en cuenta es necesario indagar en la característica de la estima corporal, este capítulo se encuentra dedicado a presentar, su definición y modelos teóricos (Fernández, 2014; Frisén, Lunde, & Berg, 2015).

Con formato: Sin Resaltar

5.1 Definición

De acuerdo con Mendelson, White, y Mendelson (1996 como se citó en Abdollahi, & Talib, 2015). La estima corporal se ha definido como la forma en que cada individuo siente sobre su imagen corporal y estos encuentran un conflicto cuando no están satisfechos con su peso.

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

La alteración de la imagen corporal es una característica muy importante cuando se habla de trastornos alimentarios. De acuerdo con Perpíña, Baños y Botella (2005 como se citó en Jorquera, Baños, Perpíña, & Botella, 2005) la estima corporal o imagen corporal están asociadas a conductas y actitudes, cuando existe una insatisfacción con el cuerpo es debido a conductas y actitudes problemáticas hacia los alimentos, llevando a la persona a comer de más o por el contrario hacer dietas restrictivas.

Estos mismos autores definen a la estima corporal como el valor que nosotros mismos le damos a nuestro cuerpo y a nuestra apariencia física, nuestro cuerpo ha obtenido un gran valor ya que es un factor que afecta en gran medida a la autoestima.

La imagen es una construcción compleja a la cual se le ha dado un concepto, una descripción y una medida vista desde diferentes puntos. La imagen se ha conceptualizado como la imagen mental que se tiene de su cuerpo, los sentimientos que una persona tiene sobre su mismo cuerpo y como la construcción de su propia personalidad (Garner, & Garfinkel, 1981).

5.2 Características

De acuerdo con la última versión del DSM-V (2014) estima corporal está ligada a los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, debido a esto los trastornos de caracterizan por una alteración en la alimentación o los comportamientos que están relacionados con la alimentación, lo cual lleva a una alteración en el consumo y absorción de los alimentos, esto provoca un deterioro importante en la salud física y/o funcionamiento psicosocial. Algunos individuos con los trastornos que se describen en este manual tienen síntomas y/o características similares como lo es el ansia y patrones de consumo compulsivo

Yenes, Ochoa de Alda, Ortego, Alemán y Espina (2001) mencionan que las personas con algún trastorno de la conducta alimentaria, tienen grandes inconformidades con la imagen corporal haciendo énfasis en el peso, forma y apariencia para autoevaluarse.

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

5.3 Tipos

De acuerdo con la última revisión del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-V) (APA, 2014) señala seis trastornos causados por la inconformidad corporal, con una baja estima corporal.

1.- Pica. Ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias.

2.- Trastorno de rumiación. Regurgitación de alimentos

3.- Trastorno de evitación / restricción de la ingesta de alimentos. Falta de interés por comer o alimentarse, evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, preocupación acerca de las consecuencias repulsivas por comer.

4.- Anorexia nerviosa. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, provocando una pérdida significativa de peso corporal.

5.- Bulimia nerviosa. Episodios recurrentes de atracones, comportamientos inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal.

6.- Trastorno de atracones. Episodios recurrentes de atracones que se producen en promedio al menos una vez a la semana durante tres meses, se define como la ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimentos superior que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar.

5.4 Causas o factores de riesgo

5.4.1 Biológicas

Durante la adolescencia ocurren varios cambios que aleja a las jóvenes del ideal femenino ultradelgado, mientras que en los niños con la adolescencia van acercándose al ideal masculino muscular, esta inconformidad corporal pone a los adolescentes en riesgo a desarrollar preocupaciones por la imagen corporal (Frisén et al., 2015).

Con formato: Sin Resaltar

Genéticamente fueron identificados diferentes genes, por los cuales se han desarrollado hipótesis que explican la aparición e influencia de los trastornos alimentarios, por medio de los cambios de estos componentes genéticos y su interacción con el ambiente, influenciados por variables psicológicas y edad (Bersh, 2006).

El riesgo genético para los atracones puede estar mediado por el género y la herencia de los síntomas de estos trastornos, se sugiere que ambos géneros comparten en pequeñas porciones esta evidencia. La obesidad es un problema de salud importante en la adolescencia, especialmente en países desarrollados, aunque no debe desestimarse a aquellos países en vía de desarrollo (Portela de Santana, Costa Ribeiro Junior, Mora, & Raich, 2012).

5.4.2 Sociales

Una de las consecuencias de la distorsión de la imagen corporal es la obesidad en las que se ha visto que las personas obesas que tienen una vida sedentaria experimentan ansiedad social en niveles elevados, esta ansiedad está

relacionada a la estima del cuerpo, estas conductas conducen al aislamiento social. La estima del cuerpo juega un papel muy importante en la salud y actividades físicas (Abdollahi, & Talib, 2015).

En la actualidad la estima corporal es influenciada por presiones socioculturales, como los medios de comunicación y las relaciones interpersonales, estos se centran en un modelo de belleza inalcanzable para muchos jóvenes. Estudios revelan que el núcleo familiar es el que ejerce una influencia más fuerte en los jóvenes. El comportamiento de los padres que ejercen demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de las amistades para que sean delgados, contribuyen a una estima corporal negativa, y las conductas que aparecen se convierten en conductas de riesgo para la salud (Portela de Santana, et al., 2012).

5.4.3 Psicológicos

La preocupación que los jóvenes por su peso, se ve reflejado al deseo de tener un cuerpo delgado y/o musculoso 71% de los jóvenes presentan un miedo a engordar, mientras que el 67% se preocupan por bajar de peso. La construcción de la imagen corporal es un fenómeno de la sociedad y se sujeta a los cambios que la sociocultural ejerce (Portela de Santana, et al., 2012). Estos autores mencionan que ante este anhelo de los jóvenes por tener cuerpos ideales, a menudo tienen comportamientos inadecuados de control de peso, como dietas restrictivas, ayuno, vómitos provocados y el mal uso de laxantes, ya que su

deseo del cuerpo perfecto les provoca pensar que estos métodos les brindaran beneficios.

5.5 Consecuencias

Las mujeres con estima corporal desequilibrada corren el riesgo de padecer problemas psicológicos y sociales a largo plazo, tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y suicidio. Factores personales, socioambientales y psicológicos se identifican como factores de riesgo (Teixeira, Pereira, Marques, Saraiva, & de Macedo, 2016).

Con formato: Sin Resaltar

5.5.1 Físicas

Una autopercepción de sí mismos puede en un punto funcionar como un factor de protección que promueva la salud en los jóvenes, en caso contrario, los efectos de una imagen corporal distorsionada, o en otras palabras ausencia en la estima corporal, son un problema de salud mundial en la salud, son diversos niveles en la desnutrición, obesidad y desequilibrios físicos que causan complicaciones. La obsesión por una estética delgada y la falta de estima corporal son variables asociadas a trastornos de alimentación que se vinculan al modelo estético vigente en la sociedad. En estos problemas de salud se derivan los problemas cardiovasculares, metabólicos, gastrointestinales, renales, endocrinológicos, óseo, dermatológico, hematológicos (Gomez-Marmol, Sánchez-Alcaraz, & Mahedero-Navarrete, 2013).

5.5.2 Psicológicas

La pubertad está asociada al aumento de peso, por esta razón los adolescentes frecuentemente experimentan insatisfacción con sus cuerpos, debido a esto se puede mencionar que la apariencia es uno de los factores que conducen a una autoestima baja ya que provoca preocupaciones sobre diferentes partes del cuerpo. Tener baja autoestima causa que los jóvenes puedan ser más vulnerables a la crítica ya sea real o imaginaria llevándolos al aislamiento social, pensamientos suicidas, entre otros malestares psicológicos (Tiunova, 2015).

Las variables psicológicas predisponen a los jóvenes a padecer trastornos alimenticios, de temperamento y consumo frecuente de alcohol, la ausencia de apoyo social, baja autoestima y problemas psicológicos son tan solo algunas de las consecuencias que afecta a la población joven cuando de estima corporal se habla (Garner , & Keiper, 2010).

Las personas al evaluar sus dimensiones físicas con meticulosamente, tienen reacciones extremas de menosprecio hacia sus cuerpos y en raras ocasiones las reacciones son de agrado. Las personas adquieren una incapacidad para reconocer la forma delgada o ancha de su cuerpo (Garner, & Garfinkel , 1981).

5.5.3 Sociales

Los factores socioculturales de una población influyen en la presencia de problemas de estética, esto a causa de la imposición de la estética ideal de delgadez (Carvajal, 2016).

Las personas como consecuencia a la ausencia de estima corporal, desarrollan temores persistentes de situaciones sociales en las que la persona se

Con formato: Sin Resaltar

ve expuesta a otros y acechado. Las relaciones sociales se vuelven deficientes en el caso de las personas con obesidad, debido a una evaluación negativa por parte del ambiente social (Abdollahi, & Talib, 2015).

Las mujeres tienen una tendencia mayor que los hombres de tener inconformidad con su imagen corporal y por consiguiente a sufrir algún trastorno alimentario. Las mujeres presentan preocupación por engordar, así como sentimientos de baja autoestima (Ortiz & Moreno, 2009).

Con formato: Sin Resaltar

Las imágenes de mujeres ultra delgadas en los medios de comunicación y la cultura popular ejercen una presión fuerte para que las adolescentes quieran cambiar su cuerpo (Teixeira et al., 2016).

5.6 Teorías

5.6.1 Autoimagen corporal de Raich

Raich (2001), define la imagen corporal como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. En otras palabras es el cómo nos percibimos a nosotros mismos, esta percepción es creada por medio de la interpretación que hacemos a experiencias vividas y como las evaluamos.

5.6.2 Autoimagen corporal de Slade

La autoimagen corporal ha sido definida como una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo según Slade (1994, como se citó en Wiley, 2001). Es considerada un constructo complejo ya que se integra por percepciones, creencias, pensamientos y actitudes hacia el cuerpo, así como las experiencias y pensamientos que se producen.

5.6.3 Estima corporal de Franzoi

En la investigación de Franzoi, (1994) se hace una distinción en la estima corporal poniendo énfasis en ciertas partes del cuerpo, en su atractivo estético y sexual; en las cuales se identificaron tres factores en los hombres que fue la condición física (que incluía energía, agilidad y salud), fortaleza en la parte superior del cuerpo (referente a fuerza muscular bíceps, anchura de hombros) y atractivo físico (cara, labios, nalgas) y tres para mujeres que son la preocupación por el peso (figura/apariencia, estómago, peso), condición física (reflejos, resistencia, coordinación) y atractivo sexual (deseo sexual, olor corporal, labios).

5.7 Instrumentos de medición

5.7.1 Escala de Estima corporal (BES)

Para evaluar la estima corporal se utilizó la Escala de Estima Corporal (BES) construido por Franzoi (1994, como se citó en Escoto et al., 2016) y validada en población mexicana por Escoto et al., (2016), que agrupa 35 ítems para estudiantes, mujeres y hombres, de entre 11 y 33 años, con los siguientes factores: atractivo

físico y sexual, y condición física y preocupación por el peso. Con un alfa de Cronbach de .86 para mujeres y .91 para hombres. Su tipo de respuesta es escala tipo Likert que va de 1 (tengo sentimientos fuertemente negativos) a 5 (tengo sentimientos fuertemente positivos).

5.7.2 Body Attitude Test (BAT)

El *Body Attitude Test* (BAT) elaborado por Probst, Vandereycken, Coppenolle y Vanderlinden (1995), evalúa la actitud hacia el cuerpo, experiencia corporal y alteraciones de las actitudes hacia el cuerpo, cuenta con 20 ítems, evalúa 3 factores principales: apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad del propio cuerpo, e insatisfacción corporal general. Cuenta con un alfa de Cronbach de .80, en una escala tipo Likert con 6 posibles respuestas que van de nunca (0) hasta siempre (5), alcanzando una puntuación máxima de 100 puntos.

5.7.3 Body Image Questionnaire (CIC)

El *Body Image Questionnaire* (CIC) elaborado por Jenaro, Flores, Bermejo y Cruz (2011), evalúa la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria relacionados con la bulimia, anorexia, obesidad, vigorexia y ortorexia, tiene con 27 ítems, distribuidos en 9 ítems que evaluaban la anorexia, 7 ítems que evaluaban la bulimia, 5 ítems que evaluaban la vigorexia, y 4 ítems que evaluaban la ortorexia. Cuenta con un alfa de Cronbach de .85, en una escala tipo Likert de 6 puntos

Capítulo 6. Estudios Previos

Es importante conocer los antecedentes de las relaciones entre las variables de estudio, para indagar en las diferencias que pudieran presentarse de acuerdo con la nacionalidad, condiciones y tipo de estudio, de esta manera se puede tener una perspectiva de los posibles resultados de la relación entre las variables calidad de vida, prácticas parentales, depresión y estima corporal, dichos estudios se presentan a continuación.

6.1 Calidad de Vida

De acuerdo con Meade y Dowswell (2016) en su estudio longitudinal de la calidad de vida en adolescentes, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y las diferencias por género y edad en una muestra de 403 adolescentes australianos de 12 a 15 años, durante tres años, para ello se utilizó el KIDSCREEN-27 Questionnaire. Se hicieron 3 evaluaciones catalogados como tiempo 1, tiempo 2 y tiempo 3, dividiendo a la muestra en grupo 1, grupo 2 y grupo 3. Como resultados se obtuvo que existen diferencias significativas a través de tiempo en las dimensiones de apoyo social y pares, así mismo, niveles más bajo con respecto al bienestar psicológico, de acuerdo al género se identificó menor calidad de vida en mujeres y con respecto a edad se encontró diferencias significativas en las dimensiones de bienestar psicológico, físico, apoyo social y pares, y ambiente escolar.

Otro estudio importante fue realizado por Gaitán-López, Correa-Bautista, Vinaccia y Ramírez-Vélez (2017) de tipo descriptivo trasversal con el objetivo de describir por autoreporte la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de 3,245 niños y 3,354 adolescentes, entre 9 y 17 años, de 24 instituciones educativas oficiales de Bogotá, Colombia aplicando el cuestionario de CVRS infantil EQ-5D-Y porxy.

Como resultados se obtuvieron una vez más que los hombres presentan una mejor calidad de vida en comparación con las mujeres en especial en las dimensiones de dolor/malestar y sentirse triste/preocupado o infeliz, de igual manera se identificó que los niños presentan mejor percepción de su calidad de vida que los adolescentes, en específico en las dimensiones de ambiente escolar y bienestar físico y emocional, esto puede deberse a la complejidad de la etapa de desarrollo por la cual atraviesan los adolescentes (Gaitán-López et al., 2017).

Por su parte Nunes, Boddén, Lemos, Lorence y Jiménez (2014) hicieron un estudio con el objetivo de examinar las diferencias en la calidad de vida y las prácticas parentales, así como el impacto de estas sobre la calidad de vida en una muestra de 168 portugueses y 155 holandeses de 12 a 17 años.

Se utilizó el Cuestionario ad hoc con el cual se recabaron datos socio-demográficos tanto de los adolescentes como de los progenitores, para valorar la calidad de vida percibida se empleó el Cuestionario KIDSCREEN-27 y para evaluar las prácticas parentales se utilizaron cinco subescalas las cuales fueron: *Parenting Dimensions Inventory*, *Nijmeegse Rearing Questionnaire*, *Alabama Parenting*

Questionnaire, Ghent Parental Behavior Questionnaire, Psychological Control Scale y Parental Monitoring Scale (Nunes et al., 2014).

Como resultado se identificó que la calidad de vida está influenciada positivamente por la implementación de sanciones adecuadas por parte de los padres, responsividad en cuanto a la satisfacción pronta de las necesidades de los hijos, la utilización de refuerzos positivos y la supervisión, y control del comportamiento que se tiene de los menores, en contra parte se tiene una repercusión negativa con las prácticas de disciplina severa o implementación de golpes para sancionar una conducta y el control psicológico (Nunes et al., 2014).

Quiceno y Vinaccia, (2014) en el estudio de calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes, realizan una comparación por sexo y estrato socio económico, en una muestra de 686 adolescentes de 12 a 16 años originarios de Bogotá, haciendo uso de la Escala de Resiliencia Adolescente (ARS), la Escala de Autotrascendencia versión adolescentes (STS), la Escala Subjetiva de Felicidad (SHS), el Test de Orientación de Vida en los Jóvenes (YLOT), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) y el Cuestionario de Salud y Bienestar Niños y Adolescentes (The KIDSCREEN-52).

Los resultados del estudio demuestran que el sexo femenino se caracteriza por una calidad de vida y fortalezas personales menores en comparación con el sexo masculino, así como un mayor nivel de emociones negativas siendo los factores socio- emocionales, y el sexo las bases determinantes (Quiceno & Vinaccia, 2014).

6.2 Depresión.

De acuerdo con el estudio realizado por Choi y Choi (2016), en un total de 1995 adolescentes pertenecientes a Estados Unidos y Corea, muestra como resultado que la estima corporal negativa se encuentra asociada a los sentimientos depresivos, siendo la autoestima un mediador lo que conlleva que una baja autoestima vulnera a que la percepción corporal que se tenga sea negativa, alterando el bienestar psicológico

Andrade (et al. 2012), realizan un estudio no probabilístico en 1934 adolescentes de 11 a 17 años de edad, con la finalidad de analizar las prácticas parentales como predictoras de la sintomatología depresiva, se evaluaron 9 dimensiones de prácticas parentales; Comunicación, Autonomía, Imposición, Control psicológico y Control conductual para la madre; y cuatro dimensiones para el padre: Comunicación/Control conductual, Autonomía, Imposición y Control psicológico. Mostrando como resultado que el sexo femenino obtuvo un mayor puntaje en sintomatología depresiva que los hombres, teniendo mayor asociación con el control psicológico e imposición de ambos padres, mientras que ante la presencia de la comunicación, autonomía y control conductual de ambos padres reduce la presencia de dichos síntomas.

6.3 Estima corporal.

Hamlat y colaboradores (2015), realizan un estudio en una muestra de 218 adolescentes femeninas afroamericanas y caucásicas con la finalidad de determinar la relación entre la sincronización puberal, la victimización entre pares y la estima corporal como predictores de la sintomatología depresiva. Entre los datos más

relevantes del estudio fue que en la población caucásica con maduración temprana y población afroamericana con maduración tardía muestran aumento en la sintomatología depresiva, la estima corporal funge como un mecanismo contribuyente a la aparición de sintomatología depresiva pese a la diferencia de maduración entre ambos tipos de población.

En un estudio de Taylor, Wilson, Slater y Mohr (2012) en niños de 7-11 años del sur de Australia, buscaba determinar la autoestima, insatisfacción corporal y su asociación con el peso y la percepción de los estilos de crianza, se encontró que el mayor índice de masa corporal (IMC) del niño se asoció negativamente con la autoestima y fue positivamente asociada con la insatisfacción corporal del niño. La capacidad de respuesta de los padres se asoció positivamente con la autoestima del niño, pero la crianza no se asoció con la insatisfacción del cuerpo del niño mientras que el peso del niño y los estilos de crianza no se no tuvieron asociaciones.

6.4 Prácticas parentales

Smokowski, Bacallao, Cotter y Evans (2015) realizaron un estudio a 2.793 adolescentes de Carolina del Norte. El estudio exploró la percepción de los adolescentes rurales de prácticas parentales positivas (es decir, el apoyo, apoyo a la educación de los padres y la orientación futura del niño) y negativas y su afección a la salud mental, los resultados arrojaron que manifestaciones de conflicto entre padres y adolescentes, está relacionada con una mayor ansiedad, depresión y agresión, menor autoestima, y satisfacción escolar, también es predictora de

agresión adolescente. La paternidad positiva está asociada significativamente con menor depresión y autoestima, optimismo futuro y satisfacción escolar.

En un estudio realizado por Urzúa, Godoy y Ocaño (2011) se describe y analiza la relación existente entre las competencias parentales y calidad de vida. Se evaluaron a 1 130 niños y adolescentes chilenos entre 8 y 18 años y se observaron diferencias en las dimensiones de calidad de vida y en las competencias parentales percibidas dadas por el sexo y el tipo de establecimiento educacional. Se encontró que el control parental y el ámbito escolar están relacionados con diversos dominios de la calidad de vida, independientemente del rango de edad observando que la implicación de los padres en el aspecto escolar de niños/as y adolescentes suscita el éxito académico y es percibido por los menores como positivo respecto a su evaluación de bienestar, lo que informa sobre qué puede ser utilizado para posibles planes de intervención para mejorar la calidad de vida de los niños/as y adolescentes.

Eubanks, Kenkel y Gardner (2006) realizaron una investigación en la que se buscaron las relaciones entre la percepción del tamaño corporal, la autoestima y el historial de crianza de las mujeres universitarias que informan un historial de abuso infantil. Mediante un programa de software las mujeres pudieron calificar su cuerpo como demasiado ancho o demasiado delgado. Los resultados arrojaron que los participantes abusados tenían percepciones distorsionadas del tamaño corporal, aunque la dirección de la distorsión no fue consistente. No hubo diferencia en la detección de cambios en el tamaño del cuerpo. Los participantes abusados y no abusados difirieron en las medidas de la autoestima y la calificación de la mayoría

de las experiencias de crianza, incluidas las experiencias con ambos madres y padres. La hipótesis de que hay diferencias en el historial de crianza entre los participantes abusados y no abusados también fueron apoyados, los participantes abusados informaron más abuso emocional y físico. También percibieron a sus padres como menos cariñoso y comprensivo y como un modelo más negativo.

Después de revisar estudios previos de la relación entre calidad de vida, prácticas parentales, depresión y estima corporal, se puede identificar que existe relación entre dichas variables, conocer esta información, como ya se mencionó, nos brinda la visión de diferentes resultados, ayudando a previsualizar los posibles resultados de esta investigación.

Capítulo 7. Planteamiento del problema

7.1. Justificación

Durante la adolescencia se presenta una etapa de cambios, que si bien puede tener sus ventajas y aportaciones, también puede incluir sus riesgos y limitaciones, a nivel mundial se calcula que hay más de 300 millones de casos de depresión, durante la adolescencia la depresión es considerada la principal causa de discapacidad (OMS, 2017), de igual manera, la presencia de prácticas parentales positivas puede contribuir como un factor protector que ayude a que se integren a su comunidad, y logren concretar sus comportamientos (López, 2016). Por ello la importancia de conocer [qué](#) factores conforman la calidad de vida y cómo es que otras variables psicosociales merman en su nivel.

Conocer la relación entre la calidad de vida y el nivel de depresión, estima corporal y tipos de prácticas parentales en los estudiantes adolescentes puede impactar y beneficiar al sector escolar y de la salud, promoviendo talleres a padres e hijos mejorando la convivencia familiar, hábitos de salud física y emocional que mejoren la calidad de vida progresivamente, disminuyendo los factores de riesgo que conllevan a la sintomatología depresiva y a la disminución de la estima corporal

Conocer de qué manera se relaciona los factores que componen la calidad de vida con dichas variables ayudará a mejorar el contenido de talleres a padres y adolescentes, así como conocer la predisposición de la población a conductas de riesgo en sectores psicológicos y sociales, al mismo tiempo brindará información acerca de los factores protectores que ayudarán al adolescente a mejorar su calidad

de vida. Dicha información puede ser pertinente para padres de familia, docentes, trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos, y adolescentes.

De igual manera, dicho estudio propicia la información en el campo de la psicología a partir de la necesidad de medir factores que pudieran influir en el desarrollo del adolescente, a su vez, proporcionar información relevante respecto a factores protectores que pudieran propiciar programas preventivos dirigidos a la salud mental de los adolescentes mexicanos.

7.1.1 Pregunta de Investigación

¿Qué relación existe entre depresión, prácticas parentales, estima corporal y calidad de vida en estudiantes de Preparatoria de Pachuca?

7.1.2 Objetivo general

Determinar la relación entre depresión, los tipos de prácticas parentales, la estima corporal y los niveles de calidad de vida en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

7.1.3 Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de calidad de vida de estudiantes de Preparatoria de Pachuca.
2. Determinar el nivel de depresión de estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

3. Determinar el nivel de estima corporal de estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

4. Determinar los tipos de prácticas parentales de estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

5. Determinar las diferencias en las variables por sexo de estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

6. Determinar la relación del nivel de calidad de vida con el nivel de depresión en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

7. Determinar la relación del nivel de calidad de vida con el nivel de estima corporal en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

8. Determinar la relación del nivel de calidad de vida con los tipos de prácticas parentales en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

7.2 Hipótesis

7.2.1 Hipótesis conceptuales

1. Calidad de vida- Depresión: A mayor calidad de vida menor nivel de depresión (Gaitán-López et al., 2017).

2. Calidad de vida – prácticas parentales: Ante la presencia de la parentalidad positiva y el control conductual mayor calidad de vida (Nunes et al., 2014).

3. Calidad de vida – estima corporal: A menor calidad de vida menor estima corporal (Teixeira et al., 2016).

7.2.2 Hipótesis estadísticas

De diferencia

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida, depresión, los tipos de prácticas parentales y la estima corporal en estudiantes hombres y mujeres de Preparatoria de Pachuca.

H1. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida, depresión, los tipos de prácticas parentales y la estima corporal en estudiantes hombres y mujeres de Preparatoria de Pachuca.

De relación

H0. No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida y depresión en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

H1. Sí existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida y depresión en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

H0. No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida y prácticas parentales en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

H1. Sí existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida y prácticas parentales en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

H0. No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida la estima corporal en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

H1. Sí existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida la estima corporal en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

Con formato: Justificado, Sangría: Primera línea: 1,25 cm, Interlineado: Doble

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Capítulo 8. Método

8.1 Definición de Variables

Tabla 1. Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Calidad de Vida	Se refiere al grado de bienestar a nivel social, emocional y físico, en cuanto al desarrollo y la felicidad que se percibe (Urošević et al., 2015).	Se utilizó el Cuestionario de detección y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes (KIDSCREEN-52), adaptado para población mexicana por Hidalgo-Rasmussen, Rajmil y Montaña (2011 como se citó en Hidalgo-Rasmussen, Rajmil, & Montaña, 2014). (Ver anexo 1).
	Conjunto de síntomas afectivos: tristeza patológica, irritabilidad, e impotencia	Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck

Depresión	ante los obstáculos de la vida, acompañada de una tristeza continua. Se caracteriza por la pérdida de interés en las actividades que solían ser agradables (Alberdi, Castro, Taboada & Vázquez, 2006; OMS, 2017).	(BDI) validada en población mexicana por Jurado et al., (1998). (Ver anexo 3).
Prácticas Parentales	Son comportamientos específicos de los padres para establecer o influir en conductas particulares de los hijos (Segura, Vallejo, Osorno, Rojas, & Reyes, 2011).	Se utilizó la Escala de Estilos Parentales (PP-A) validada en población mexicana por Segura et al., (2011). (Ver anexo 2).
Estima Corporal	De acuerdo con Mendelson, White, & Mendelson (1996 como se citó en Abdollahi, & Talib, 2015). La estima corporal se ha definido como la forma en que cada individuo siente sobre su imagen corporal y estos encuentran un conflicto cuando no están satisfechos con su peso.	Para evaluar la estima corporal se utilizó la Escala de Estima Corporal (BES) construido por Franzoi (1994, como se citó en Escoto et al., 2016) y validada en población mexicana por Escoto et al., (2016). (Ver anexo 4).

Con formato: Sin Resaltar

8.2 Participantes

- Alumnos de la Escuela Preparatoria de Pachuca

8.2.1 Criterios de inclusión

- Edad de 14 a 19 años.

8.2.2 Criterios de exclusión

- Alumnos que no contesten todos los reactivos
- Colocar dos respuestas en un reactivo.
- ~~Menores de 14 años.~~
- ~~Mayores de 18 años.~~

8.2.3 Muestra

Participaron N=281 adolescentes de la Escuela Preparatoria No. 4, 64 % (n=180) correspondiente al sexo femenino y 36 % (n=101) al sexo masculino, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por cuotas. De la población total, el 91% (n= 255) no trabaja, mientras que el 9% (n= 26) si lo hace. El 21% (n= 59) de la población ha recibido apoyo psicológico en algún momento, mientras que el 79% (n= 222) no lo ha hecho.

8.2.4 Población

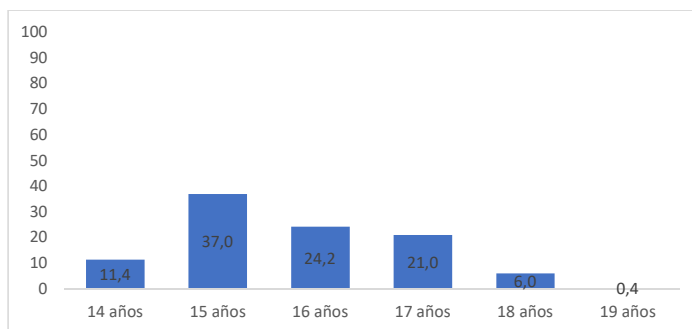


Figura 2. Porcentajes de edades de los alumnos de la Escuela Preparatoria No.4

Con formato: Centrado

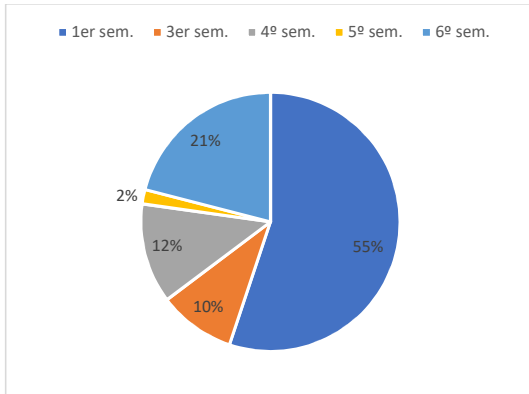


Figura 3. Distribución por semestre de los alumnos de la Escuela Preparatoria No.4

Con formato: Centrado

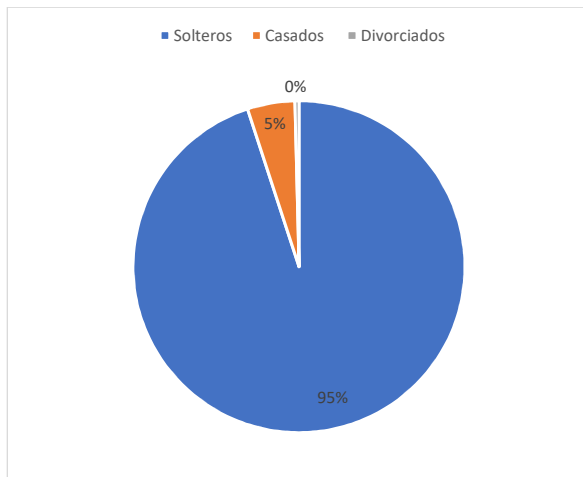


Figura 4. Distribución por estado civil de los alumnos de la Escuela Preparatoria No.4

Con formato: Centrado

Viven con	
Padres	91.5%
Pareja	2.5%
Solos	1.8%

Tabla 2. Porcentaje de con quién residen los alumnos de la Escuela Preparatoria No.4.

8.3 Tipo de estudio y diseño

Diseño no experimental, con un tipo de estudio correlacional y transversal.

8.4 Instrumentos

8.4.1 Cuestionario de Detección y Promoción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes (KIDSCREEN-52)

Para evaluar calidad de vida se utilizó el Cuestionario *Screening for and promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescents* (KIDSCREEN-52) creado por 13 países europeos en el 2002 (Aymerich et al., 2005) y adaptado transculturalmente y validado en México por Hidalgo-Rasmussen, Rajmil y Montaña (2011 citado en Hidalgo-Rasmussen et al., 2014), para población infantil y adolescente en un rango de edad de 8 a 18 años, consta de 52 reactivos dividido en diez dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, apoyo social y amistades, ambiente escolar y aceptación social (bullying) y recursos económicos. Con un alfa de Cronbach de .86. Su tipo de respuesta es en escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre).

8.4.2 Inventario de Depresión de Beck

Para evaluar el nivel de depresión en adolescentes se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) creado por Beck, Ward y Mendelson (1961) y validado y estandarizado para población mexicana de 15 y 65 años por Jurado et al., (1998),

consta de 21 reactivos agrupados en 4 factores, los cuales son: Humor depresivo, Anergia, Discomunicación y Ritmopatía. Con un alpha de Cronbach de .70. Con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 (ausencia) a 3 (depresión severa).

8.4.3 Prácticas Parentales (PP-A)

Para evaluar las prácticas parentales se utilizó la Escala de Estilos Parentales (PP-A) creada por Andrade y Betancourt (2008) y validada en México para adolescentes de 12 a 19 años por Segura et al., (2011). Consta de dos escalas con 40 reactivos cada una, la primera para madres con un Alpha de Cronbach de 0.82 que evalúa cinco factores: comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual/comunicación. La segunda para padres con un Alpha de Cronbach de .88, se componen de cuatro factores: autonomía, imposición, control psicológico y comunicación/control conductual. Su tipo de respuesta es en escala tipo Likert que va de 1 (nunca) a 4 (siempre).

8.4.4 Escala de Estima corporal (BES)

Para evaluar la estima corporal se utilizó la Escala de Estima Corporal (BES) construido por Franzoi (1994, como se citó en Escoto et al., 2016) y validada en población mexicana por Escoto et al., (2016), que agrupa 35 items para estudiantes, mujeres y hombres, de entre 11 y 33 años, con los siguientes factores: atractivo físico y sexual, y condición física y preocupación por el peso. Con un alfa de Cronbach de .86 para mujeres y .91 para hombres. Su tipo de respuesta es escala tipo Likert que va de 1 (tengo sentimientos fuertemente negativos) a 5 (tengo sentimientos fuertemente positivos).

8.5 Procedimiento

Se acudió a la escuela preparatoria No. 4 ubicada en la ciudad de Pachuca Hidalgo. En el cual se solicitó autorización de los directivos para la aplicación de los instrumentos.

Posterior a la autorización por parte de las autoridades del plantel se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas, con los alumnos de la escuela Preparatoria Número Cuatro bajo los criterios de inclusión ya señalados. A quienes cumplieron con tales criterios se les informó del objetivo, así como el procedimiento de la presente investigación.

Posteriormente se entregó el consentimiento informado (ver anexo 5), la encuesta de datos sociodemográficos y los instrumentos que evalúan las variables del estudio.

La información y resultados obtenidos se capturaron en el programa Excel y posteriormente se analizaron en el paquete estadístico SPSS, donde se llevaron a cabo análisis descriptivos, de correlación producto momento de Pearson, prueba *t de Student* para muestras independientes.

Capítulo 9. Resultados

El primer objetivo específico fue determinar el nivel de calidad de vida de estudiantes de Preparatoria de Pachuca, mismos que se presentan a continuación.

La Tabla 2 muestra los datos reportados de la variable calidad de vida, en donde la media bruta fue de 69.65, indicando que los adolescentes se encuentran en el nivel de buena calidad de vida de acuerdo con el Cuestionario de detección y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes (KIDSCREEN-52).

Por otro lado, en la Tabla 3, se reportan los datos de cada una de las dimensiones que conforman el KIDSCREEN-52, donde se observa que cada una de las 10 dimensiones se encuentra en nivel superior con respecto a la norma que corresponde a cada factor.

Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión de las dimensiones de la variable calidad de vida.

Variable	Rango teórico	Media	D.E.
Calidad de vida	0-100	69.65	11.81
Bienestar físico	0-100	58.98	18.23
Bienestar psicológico	0-100	75.68	16.00
Estado de ánimo y emociones	0-100	67.95	20.11
Autopercepción	0-100	68.53	16.79
Autonomía	0-100	61.56	24.11
Relaciones con los padres y vida familiar	0-100	76.03	22.09

Apoyo social y amistades	0-100	69.20.	20.30
Ambiente escolar	0-100	72.36	17.04
Aceptación social (bullying)	0-100	83.41	27.53
Recursos económicos	0-100	63.31	25.31

Figura 5. Distribución por niveles de calidad de vida de acuerdo con el Cuestionario de detección y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes (KIDSCREEN-52).

La Figura 5 muestra los niveles de calidad de vida presentes en la distribución de acuerdo con la clasificación planteada por el Cuestionario de detección y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes (KIDSCREEN-52). Como se puede observar, la mayor parte de la distribución se ubica en el nivel de buena calidad de vida, con un porcentaje del 64%, en comparación con el nivel de muy buena calidad de vida que obtuvo un porcentaje de 30% y regular calidad de vida con un 6 %.

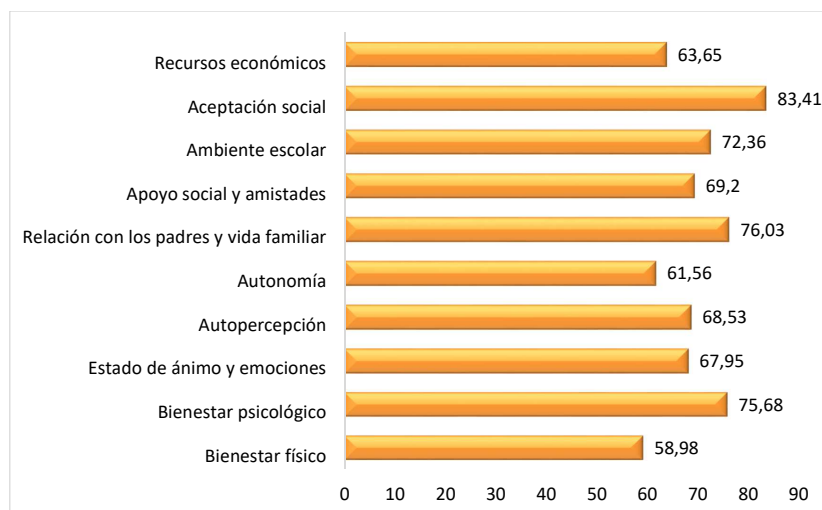


Figura 6. Medias aritméticas de las dimensiones de calidad de vida de acuerdo al Cuestionario de detección y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes (KIDSCREEN-52).

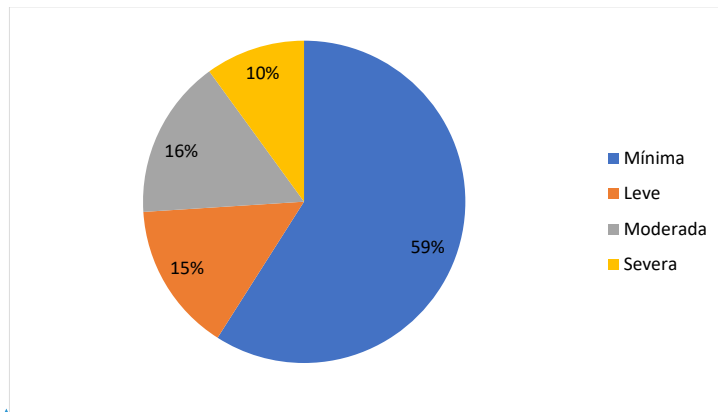
La Figura 6 muestra las medias aritméticas de las dimensiones de cuestionario detección y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes. Como se puede apreciar, la dimensión más alta fue aceptación social, y relación con los padres y vida familiar en comparación con los restantes, mientras la dimensión de bienestar físico y autonomía se presenta con menor nivel en nuestra población analizada.

El segundo objetivo específico fue determinar el nivel de depresión en estudiantes de Preparatoria de Pachuca, mismos que se presentan a continuación:

La Tabla 4 muestra los datos reportados de la variable depresión, en donde la media fue de 11.05, indicando que los estudiantes se encuentran en el nivel de depresión mínima de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck, de igual manera se reportan los datos de cada uno de los cuatro factores que lo conforman, donde se observa que cada uno de los 4 factores se encuentran por debajo de la media teórica que corresponde a su factor.

Tabla 4. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable depresión y sus factores.

Variable	Rango teórico	Media	D.E.
Depresión	0 – 63	11.05	11.25
Humor depresivo	1-11	0.51	0.57
Anergía	12-16	0.59	0.62
Discomunicación	17-19	0.55	0.61
Ritmopatía	19-21	0.45	0.52



Con formato: Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pts

Figura 7. Distribución por niveles de depresión de acuerdo con Inventario de Depresión de Beck (BDI).

La Figura 7 muestra los niveles de depresión presentes en la distribución de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Como se puede observar, la mayor parte de la distribución se agrupa en depresión mínima, con un porcentaje del 59%, en comparación con la depresión leve que obtuvo un porcentaje de 15%, moderada con un 16% y severa con 10%.

El tercer objetivo específico fue determinar los tipos de prácticas parentales de estudiantes de Preparatoria de Pachuca, mismos que se presentan a continuación:

En las siguientes tablas se reportan los datos de cada uno de los nueve factores que conforman la escala de prácticas parentales, donde se observa los tipos de prácticas (paternas y maternas) que mayormente predominan en los estudiantes.

En la Tabla 5 se muestran los datos reportados de la variable prácticas parentales maternas, donde los valores más altos en las medias de prácticas parentales maternas fueron comunicación que cuenta con una media de 30.9 y una desviación estándar de 7.56 y control conductual materno con una media de 22.29 y una desviación estándar de 4.37, se puede observar que dichos factores se encuentran por encima de la media teórica (14 y 20 respectivamente).

Los resultados anteriores muestran que los adolescentes perciben con mayor frecuencia a sus madres con prácticas dirigidas al confort y dialogo haciendo referencia al factor de comunicación, respecto al factor control conductual, refiere a la supervisión y conocimiento de actividades que realiza el hijo en dicha población.

El valor más bajo en las medias de prácticas parentales materna existió en el control psicológico con una media de 12.47 y una desviación estándar de 4.24. Lo que significa que los adolescentes perciben con menor frecuencia a sus madres como chantajistas y con actitudes de devaluación se puede observar que dichos factores se encuentran por debajo de la media teórica (16).

En los datos obtenidos de la variable prácticas parentales paternas, los valores más altos en las medias fueron el de control y comunicación que cuenta con una media de 38.91 y una desviación estándar de 14.51 esto resultados están por encima de la media teórica (32).

Los resultados anteriores muestran que los adolescentes perciben con mayor frecuencia a sus padres con disposición para apoyarlos aunando el conocimiento de sus actividades (control y comunicación) y respeto hacia las decisiones del hijo de la promoción de su individualidad (autonomía).

Los valores más bajos en las medias de prácticas parentales paternas se vieron reflejadas en el control psicológico con una media de 10.67 y una desviación estándar de 4.13 y con la imposición paterna que cuenta con una media de 13.88 y una desviación estándar de 5.19 estos factores se encuentran por debajo de la media teórica (16).

Lo que representa que los adolescentes perciben con menor frecuencia a sus padres como chantajistas y con inducción de culpa (control psicológico) el cual se refiere al ejercicio del sometimiento del hijo a la voluntad o creencias del padre

Tabla 5. Medidas de tendencia central y dispersión de la variable prácticas parentales

Variable	Rango teórico	Media	D.E.
Prácticas parentales maternas			
Control conductual materno	7-28	22.29	4.37
Control psicológico materno	8-32	12.47	4.24
Imposición materna	8-32	15.81	5.11
Autonomía materna	7-28	20.82	4.49
Comunicación materna	10-40	30.13	7.56
Prácticas parentales paternas			
Control psicológico paterno	8-32	10.67	4.13
Imposición paterna	8-32	13.88	5.19
Autonomía paterna	8-32	23.19	6.95
Comunicación y control paterno	6-64	8.91	4.51

Con formato: Sin viñetas ni numeración

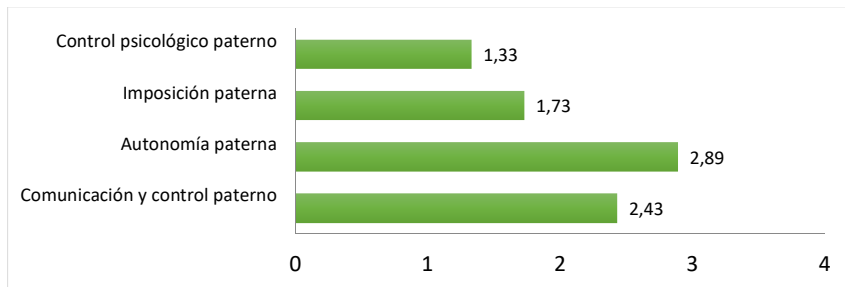


Figura 8. Medias transformadas de los factores de la escala de prácticas parentales maternas de acuerdo con el cuestionario de prácticas parentales de Andrade y Betancourt (PP-A).

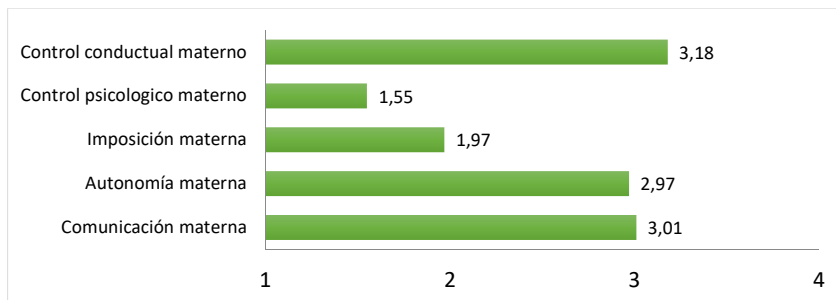


Figura 9. Medias transformadas de los factores de la escala de prácticas parentales paternas de acuerdo con el cuestionario de prácticas parentales de Andrade y Betancourt (PP-A).

La Figura 8 y 9 muestran las medias aritméticas de las prácticas parentales, PPA. Como se puede observar la práctica parental materna mayormente percibida es la de control conductual materno y el menos percibida es el control psicológico, mientras que en las prácticas parentales paternas que se percibieron con mayor

frecuencia fue la autonomía materna y la de menor frecuencia fue el control psicológico.

El cuarto objetivo específico fue determinar el nivel de estima corporal de estudiantes de Preparatoria de Pachuca, dichos resultados se presentan a continuación:

La Tabla 6 muestra los datos reportados de la variable estima corporal, en donde la media fue de 113.07, indicando que los adolescentes se encuentran con un buen nivel de estima corporal de acuerdo con el *Body- Esteem Scale* (BES). De igual manera, se observan los 2 factores que conforman el BES, estos se encuentran en nivel normal con respecto al rango teórico.

Tabla 6. Medidas de tendencia central y dispersión de las dimensiones de la variable estima corporal.

Variable	Rango teórico	Media	D.E.
Estima corporal	35- 175	113.07	21.65
Atractivo físico y sexual	20- 100	48.56	9.37
Condición física y preocupación por el peso	15- 75	51.48	10.99

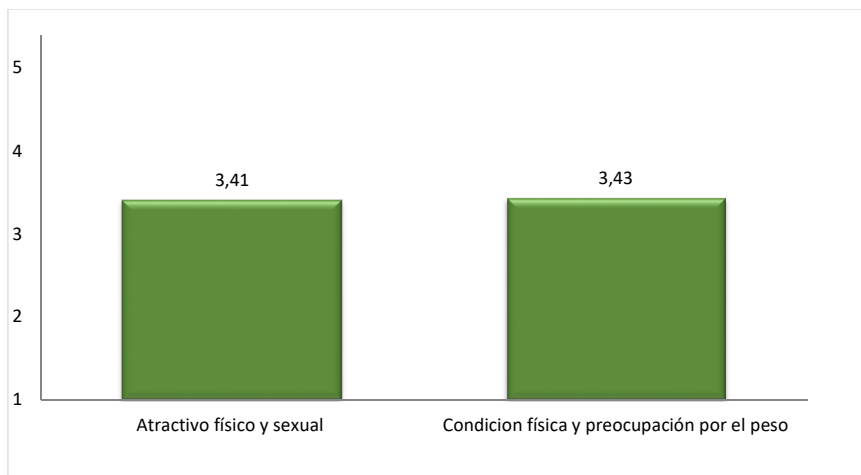


Figura 10. Medias transformadas de los dos factores de acuerdo al Body- Esteem Scale (BES).

La Figura 10 muestra las medidas transformadas de los factores correspondientes al Body- Steem Scale (BES), como se muestra ambos factores, condición física y preocupación por el peso presenta mayor puntaje que el factor atractivo físico y sexual, muestran un nivel normal respecto al puntaje establecido.

Para realizar comparaciones por sexo de calidad de vida, depresión, estima corporal y prácticas parentales en estudiantes de preparatoria se empleó la prueba t de Student para comparación de dos muestras, los resultados fueron los siguientes:

Respecto a la variable de calidad de vida se encontraron diferencias estadísticamente significativas con los factores; calidad de vida, bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía,

Con formato: Sin Resaltar

relación con los padres y vida familiar y aceptación social en todos los anteriores los hombres son quienes perciben una mayor calidad de vida respecto a las mujeres. En cuanto a la escala de prácticas parentales se encontraron diferencias significativas, en los que predominan los factores de control e imposición paterno y autonomía materna en el sexo masculino. Las variables de estima corporal y depresión tuvieron diferencias estadísticamente significativas en las que se mostraron que los hombres tienen una mayor estima corporal que las mujeres, mientras que en la variable de depresión se encontró en un mayor nivel en las mujeres (ver Tabla 7).

Tabla 7.

Prueba t de Student para comparaciones por sexo.

Factor	t	gl	Sig.	Media mujeres	Media hombres
(KIDSCREEN-52)					
Calidad de vida	-4.471	279	.000	140.17	153.41
Bienestar físico	-7.247	279	.000	10.69	13.73
Bienestar psicológico	-4.143	279	.000	17.47	19.40
Estado de ánimo y emociones	-3.072	279	.002	18.18	20.32
Autopercepción	-3.023	279	.003	13.27	14.51
Autonomía	-4.292	279	.000	11.43	13.93
Relación con los padres y vida familiar	-2.157	279	.032	17.84	19.24
Apoyo social y amistades	.151	279	.880	16.65	16.56
Ambiente escolar	-.337	279	.737	17.36	17.53
Aceptación social	-1.885	241.195	.061	9.70	10.44
Recursos económicos	-.402	279	.688	7.60	7.75
Escala de Estilos Parentales (PP-A)					
Comunicación y control paterno	-3.179	279	.002	36.92	42.58
Autonomía paterna	-1.443	234.055	.150	22.74	23.93
Imposición paterna	-.639	279	.523	13.76	14.18

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Control psicológico paterno	.657	243.165	.512	10.82	10.49
Comunicación materna	-.394	279	.694	30.03	30.40
Autonomía materna	-1.667	231.680	.097	20.50	21.39
Imposición materna	.809	279	.419	16.06	15.54
Control psicológico materno	1.002	279	.317	12.69	12.16
Control conductual materno	1.604	279	.110	22.66	21.79
Escala de Estima Corporal					
(BES)					
Estima corporal	-2.542	279	.012	110.66	117.45
Inventario de Depresión de Beck (BDI)					
Depresión	4.730	228.373	.000	13.22	7.06

*p=.05
**p=.01

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Con los resultados mencionados se pudo observar que los hombres se perciben con características favorables para el desarrollo de la adolescencia mientras que las mujeres teniendo puntajes más bajos están expuestas a situaciones de vulnerabilidad que generan un impacto la formación de personalidad.

Después de observar estos resultados se hace una descripción más detallada de los resultados obtenidos por sexo, se desglosan a continuación.

Para conocer las relaciones entre calidad de vida, depresión, estima corporal y prácticas parentales en estudiantes de la preparatoria se empleó la prueba correlación producto momento de Pearson. Los resultados se muestran a continuación:

En el caso de Depresión, en las mujeres de la muestra se encontraron correlaciones bajas, negativas y estadísticamente significativas entre la depresión total y los factores bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, ambiente

escolar, recursos económicos y calidad de vida. El factor anergia se correlaciona negativamente con los factores bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, relación con los padres y vida, apoyo social y amistades, ambiente escolar y calidad de vida. El factor discomunicación mantiene una correlación negativa con el factor recursos humanos. Finalmente, el factor ritmopatía no muestra relación estadísticamente significativa con los factores correspondientes a calidad de vida (ver Tabla 8).

Tabla 8.

Correlación de Pearson entre las variables de calidad de vida y estima corporal en Mujeres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Atractivo físico y sexual	.284**	.322**	.072	.279**	.233**	.125	.097	.167*	-.018	.083	.282**
Condición física y preocupación por el peso	.284**	.322**	.072	.279**	.233**	.125	.097	.167*	-.018	.083	.282**
Estima corporal Total	.172*	.296**	.034	.302**	.184*	.179*	.055	.232**	.017	.102	.270**

1.-Bienestar físico, 2. Bienestar psicológico, 3.- Estado de ánimo y emociones, 4.- Autopercepción, 5.- Autonomía, 6.- Relación con los padres y vida, 7.- Apoyo social y amistades, 8.- Ambiente escolar, 9.-Aceptación social y 10.-Recursos económicos y 11.-Calidad de vida.

*p=.05
**p=.01

En cuanto a los hombres pertenecientes a la muestra, se encontraron correlaciones medias, negativas y estadísticamente significativas entre la depresión total y los factores bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción relación con los padres y vida, apoyo social y amistades y calidad de vida y una correlación baja, negativa y estadísticamente significativa entre el total y recursos económicos. El factor de humor depresivo muestra una correlación negativa estadísticamente significativa con los factores de bienestar psicológico,

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Sin Resaltar

Con formato: Interlineado: sencillo

estado de ánimo y emociones, autopercepción, relación con los padres y vida, apoyo social y amistades, recursos económicos y calidad de vida. Por otro lado, el factor anergia muestra correlación negativa con la mayoría de los factores de calidad de vida, excluyendo los factores bienestar físico y autonomía. El factor discomunicación se correlaciona negativamente con los factores de bienestar psicológico, autopercepción, relación con los padres y vida, apoyo social y amistades, y, calidad de vida. Finalmente, el factor ritmopatía se correlaciona negativamente con la aceptación social y la calidad de vida- (ver Tabla 9).

Tabla 9.

Correlación de Pearson entre las variables de calidad de vida y depresión en Hombres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Humor depresivo	,016	-,367**	-,357**	-,270**	-,187	-,369**	-,309**	-,175	-,107	-,232*	-,411**
Anergia	,002	-,303**	-,293**	-,239*	-,161	-,279**	-,282**	-,226*	-,217*	-,283**	-,384**
Discomunicación	,031	-,233*	-,196	-,300**	-,127	-,269**	-,229*	-,104	-,138	-,174	-,294**
Ritmopatía	,136	-,129	-,149	-,069	-,127	-,182	-,170	-,135	-,206*	-,176	-,204*
Depresión Total	,035	-,327**	-,315**	-,263**	-,179	-,337**	-,297**	-,184	-,164	-,247*	-,391**

1.-Bienestar físico, 2. Bienestar psicológico, 3.- Estado de ánimo y emociones, 4.- Autopercepción, 5.- Autonomía, 6.- Relación con los padres y vida, 7.- Apoyo social y amistades, 8.- Ambiente escolar, 9.-Aceptación social y 10.-Recursos económicos y 11.-Calidad de vida.

*p=.05

**p=.01

Los resultados correspondientes a la estima corporal en mujeres pertenecientes a la muestra total reflejan que existe una correlación baja, negativa y estadísticamente significativa entre el total de la estima corporal y el bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía, relación con los padres y vida, ambiente

Con formato: Interlineado: sencillo

escolar y calidad de vida, mientras que existe una correlación media, negativa y estadísticamente significativa entre el total y la autopercepción. Los factores atractivo físico y sexual, y, condición física y preocupación por el peso que conforman la estima corporal, se correlacionan positivamente con los factores bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción, autonomía, ambiente escolar y calidad de vida- (ver Tabla 10).

Tabla 10.

Correlación de Pearson entre las variables de calidad de vida y estima corporal en Mujeres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Atractivo físico y sexual	.284**	.322**	.072	.279**	.233**	.125	.097	.167*	-	.083	.282**
Condición física y preocupación por el peso	.284**	.322**	.072	.279**	.233**	.125	.097	.167*	-	.083	.282**
Estima corporal Total	.172*	.296**	.034	.302**	.184*	.179*	.055	.232**	.017	.102	.270**

1.-Bienestar físico, 2. Bienestar psicológico, 3.- Estado de ánimo y emociones, 4.- Autopercepción, 5.- Autonomía, 6.- Relación con los padres y vida, 7.- Apoyo social y amistades, 8.- Ambiente escolar, 9.-Aceptación social y 10.-Recursos económicos y 11.-Calidad de vida.

*p=.05

**p=.01

Con formato: Interlineado: sencillo

En la tabla correspondiente a hombres de la muestra total se observa que existe una correlación media, positiva y significativa entre bienestar físico, bienestar psicológico de los factores de calidad de vida con atractivo físico y sexual, y, condición física y preocupación por el peso, mientras que los mismos factores de calidad de vida, pero con el total de estima corporal tiene correlaciones bajas y positivas. El factor ambiente escolar se relaciona con todos los factores de estima corporal de forma baja, positiva, de igual forma se relaciona todos los factores de calidad de vida con todos los factores de estima corporal excepto con el total de

estima corporal. Con respecto a aceptación social se identifica con todos los factores una correlación baja y negativa (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Correlación de Pearson entre las variables de Calidad de vida y Estima Corporal y en Hombres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Atractivo físico y sexual											
Condición física y preocupación por el peso	.382**	-.304**	.008	.101	.170	.108	.138	.220*	-.230*	.049	.214*
Estima corporal Total	.206*	.293**	-.034	.030	.139	.083	.106	.247**	-.210*	.113	.165

1.-Bienestar físico, 2. Bienestar psicológico, 3.- Estado de ánimo y emociones, 4.- Autopercepción, 5.- Autonomía, 6.- Relación con los padres y vida, 7.- Apoyo social y amistades, 8.- Ambiente escolar, 9.-Aceptación social y 10.-Recursos económicos y 11.-Calidad de vida.

*p=.05
**p=.01

En cuanto las prácticas parentales en mujeres, se encontró que existe correlación media positiva y estadísticamente significativa entre el factor bienestar psicológico y comunicación y control paterno y materna, es baja y positiva con respecto a autonomía paterna y materna y control conductual materna, es baja y negativa con respecto a imposición paterna, control psicológico paterno y materno.

Estado de ánimo y emociones se relaciona de forma baja y positiva con comunicación y control paterno, autonomía paterna, comunicación materna y control conductual materno y es baja y negativa con control psicológico materna autopercepción interactúa de manera baja y negativa con imposición paterna, control psicológico paterno y de manera positiva y baja con comunicación materna.

Autonomía se relaciona de manera baja y positiva con comunicación y control paterno, autonomía paterna, comunicación materna y autonomía materna. Relación con los padres y vida interactúa con todos los factores de prácticas parentales, son bajos y positivos con autonomía paterna y control conductual materna, con respecto a imposición paterna, control psicológico paterno, imposición materna, control psicológico materno se dan de forma baja y negativa, tienen una relación media y

Tabla con formato

Con formato: Fuente: 8 pto

Con formato: Fuente: 8 pto, Sin Resaltar

Con formato: Fuente: 8 pto

Con formato: Fuente: 8 pto, Sin Resaltar

Con formato: Fuente: 8 pto

Con formato: Fuente: 8 pto, Sin Resaltar

Con formato: Interlineado: sencillo

positiva con; comunicación y control paterno, comunicación materna, autonomía materna, control conductual materna y lo es media y negativa con control psicológico materno. Apoyo social y amistades tiene correlaciones bajas y positivas con; comunicación y control paterno, autonomía paterna, comunicación materna, autonomía materna y control conductual materno.

Ambiente escolar con respecto a comunicación y control paterno, comunicación materna, autonomía materna, control conductual materno tiene correlaciones bajas y positivas, son bajas y negativas con imposición paterna y control psicológico paterno es media y positiva con respecto a autonomía paterna, recursos económicos se relaciona de forma baja y positiva comunicación y control, autonomía paterna, comunicación materna, autonomía materna y control conductual materno.

Calidad de vida se relaciona de forma baja y negativa con imposición paterna, control psicológico paterno, control psicológico materno se da de manera media y positiva con comunicación y control paterno, autonomía paterna, comunicación materna, autonomía materna, control conductual materno (ver Tabla 12).

Relación con los padres y vida se correlaciona con todos los factores de calidad de vida; es baja, negativa con imposición paterno, se da de forma media, positiva con comunicación y control paterno y autonomía paterno, autonomía materna y control conductual materna es media, negativa con control psicológico paterno, imposición materna y control psicológico materno. Es alta con respecto a comunicación, apoyo social y amistades; es baja, positiva con comunicación y control paterno, es baja, negativa con control psicológico paterno, se comporta media, positiva con; autonomía paterna, comunicación materna, autonomía materna control conductual materno con respecto a imposición materna y control psicológico materno la relación es media negativa.

Ambiente escolar tiene relaciones medias, positivas en comunicación y control paterno, autonomía paterna, comunicación materna, autonomía materna, control conductual materna y es de forma baja y negativa con control psicológico paterno e imposición materna, de manera media negativa en comunicación materna.

Recursos económicos tienen correlaciones medias positivas con los factores comunicación y control paterno, autonomía paterna, comunicación materna, autonomía materna y control conductual materno y es baja, negativa con control psicológico materna.

Calidad de vida se relaciona de forma baja, negativa con control psicológico materno, y de forma media negativa con imposición materna y control psicológico materna con los factores comunicación y control paterno, autonomía paterna,

Discusión

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la relación entre depresión, los tipos de prácticas parentales, la estima corporal y los niveles de calidad de vida en estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

El primer objetivo específico fue Determinar el nivel de calidad de vida de estudiantes de Preparatoria de Pachuca.

Los resultados arrojaron que el nivel de calidad de vida de esta muestra se encuentra en un nivel bueno, lo cual concuerda con el estudio realizado por Hidalgo-Rasmussen, Ramírez- López y Hidalgo- San Martín (2013) donde se encontró que la población de su investigación obtuvo un nivel alto de calidad de vida, identificando que un factor importante para aumentar el nivel es la actividad física, la cual se debe de llevar cuatro o más días a la semana. Sánchez et al., (2016) también retoman este factor como importante ya que mencionan que esto genera una autonomía en el individuo mediante funcionamiento físico y si este factor está ausente genera afectación en el bienestar a nivel de la salud y la percepción en la calidad de vida en general.

El segundo objetivo específico fue determinar el nivel de depresión en estudiantes de Preparatoria de Pachuca, con lo que respecta a esto, se encontró que un 41% de la muestra presenta sintomatología depresiva (10% leve, 16% moderada y 15% severa). Obteniendo resultados similares a los registrados por Moscoso, Rodríguez-Figueroa, Reyes-Pulliza y Colón (2016) quienes refieren que, en la población adolescente estudiantil, la sintomatología depresiva oscila en un

13.4%. Quiceno y Vinaccia (2014) mencionan que las fortalezas personales y calidad de vida son menores en el sexo femenino, teniendo un mayor nivel de emociones negativas en comparación con el sexo masculino, pudiendo ser, el sexo y los factores socio- emocionales predisponentes a la aparición de sintomatología depresiva.

Otra posible causa se relaciona con el ambiente familiar, según lo mencionan, Smokowski et al. (2015) la convivencia conflictiva entre los padres y el adolescente se relaciona positivamente con la depresión y agresión. Por lo cual implementar talleres a padres e hijos en los que se trabaje con la buena convivencia y comunicación asertiva puede ser una estrategia preventiva contra la depresión.

Con respecto a la población con un nivel de depresión es importante implementar en la escuela un área de orientación psicológica, también, una estrategia funcional puede ser el capacitar a los docentes en la identificación de las características de la depresión, sus causas y consecuencias con la finalidad de referirlos a tiempo a orientación.

El tercer objetivo fue determinar el nivel de estima corporal de estudiantes de Preparatoria de Pachuca. Los resultados arrojan que los estudiantes cuentan con una estima corporal normal, dentro de lo establecido por el *Body- Esteem Scale* (BES), este resultado contradice a Hamlat (et al., 2015), que menciona que la población femenina presenta una estima corporal baja, sin embargo, destaca que esta puntuación se debe a una maduración física, tardía o prematura en población adolescente femenina caucásica y afroamericana.

El desarrollo físico es distinto en cada contexto cultural, influyendo en la percepción de cada adolescente, por lo cual el contexto social funge como una base para la buena o mala estima corporal. De acuerdo con Taylor et al. (2012) el estado nutricional puede asociarse positivamente con la insatisfacción corporal al igual que fomenta la baja autoestima.

La población de estudio no cuenta con baja estima corporal, sin embargo, es importante considerar, de modo preventivo, que los adolescentes se beneficiarían con habilidades autoconocimiento que puedan fomentar y mantener una buena estima corporal en futuras etapas.

El cuarto objetivo fue determinar los tipos de prácticas parentales de estudiantes de Preparatoria de Pachuca. Los resultados muestran que las prácticas parentales maternas con puntajes más altos son comunicación y control conductual, que coincide con Ruvalcaba et al. (2016) quienes señalaron que los adolescentes perciben con mayor frecuencia a sus madres con actitud de supervisión y conocimiento de sus actividades. En las prácticas paternas, los factores de mayor puntaje fueron control y comunicación lo que coincide con el estudio de Capano, et al. (2016) que mencionan que los adolescentes destacan la disposición que los padres tienen para apoyarlos, así como tener conocimiento de sus actividades.

Sánchez et al. (2017) mencionan lo importante de identificar las prácticas parentales puesto que la crianza es fundamental en edades tempranas, y funge un rol muy importante tanto en la vida adulta como en el ajuste que viven las personas en su ambiente. Por lo cual, tener en cuenta las prácticas parentales de riesgo, como lo son: control psicológico e imposición, ayuda a fomentar de manera más

especifica la psicoeducación a padres de adolescentes, orientándolos hacia las prácticas parentales positivas como el apoyo y la comunicación.

El quinto objetivo fue determinar las diferencias en las variables por sexo de estudiantes de Preparatoria de Pachuca. Se encontró que los hombres presentan una mejor calidad de vida que las mujeres lo que coincide con Gaitán-López, et al. (2017) al igual que en estado de ánimo y emociones.

Por otro lado, las practicas parentales de los padres hacia las hijas se tornan hacia el desarrollo de habilidades afectivas, actitudes femeninas y conductas relacionadas con el hogar, ejerciendo una mayor presión y control sobre ellas. Por otra parte, en los varones se promueve más la autonomía, ya que culturalmente los hombres son estereotipados como proveedores del hogar y más vinculados a tareas laborales fuera del hogar (Galet, & Alzás, 2014), dichos resultados coinciden con los resultados de esta investigación en los que se pueden observar que gran parte de adolescentes hombres perciben autonomía por parte de la madre mientras que el padre es una figura de imposición.

Un estudio que se realizó en Quito reflejó un 25,56 % de prevalencia de depresión, en todos sus niveles, y se presentó mayoritariamente en las mujeres de 19 años, lo cual coincide con los mayores índices de sobrepeso y obesidad. Estos resultados son similares en los que la depresión se presentó en un nivel mayor que en el de hombres, podría estar relacionado, además del mayor IMC, con la transición desde la etapa estudiantil de secundaria al enfrentamiento de nuevos retos sociales, como los universitarios y/o laborales (Ocampo, Guerrero, Espín, Guerrero, & Aguirre, 2017).

También se observaron importantes diferencias en la estima corporal por género (Escoto, 2016) lo que coincide con esta investigación, en la que se observó que las mujeres tienden a encontrarse con una estima corporal menor a las de los hombres.

El sexto objetivo fue determinar la relación del nivel de calidad de vida con el nivel de depresión en estudiantes de Preparatoria de Pachuca. Los resultados muestran que existe una relación negativa y estadísticamente significativa entre la calidad de vida y depresión, señalando los factores de bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, ambiente escolar recursos económico en las mujeres, mientras que en hombres destacan los factores de bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, relación con los padres y apoyo social.

Quiceno y Vinaccia (2014), obtuvieron resultados similares, en los que mencionan que el sexo femenino muestra mayor tendencia a la sintomatología depresiva resaltando los factores sociales y emocionales como una base predisponente. Por lo cual se sugiere fomentar la inteligencia emocional mediante psicoeducación en talleres en hombres y mujeres, enfatizando a la población femenina como un grupo de riesgo, podría ser recomendable la implementación de clubes extraacadémicos una hora a la semana, con la finalidad de fomentar la socialización entre la comunidad estudiantil y la focalización en actividades catárticas.

El séptimo objetivo fue determinar la relación del nivel de calidad de vida con el nivel de estima corporal en estudiantes de Preparatoria de Pachuca. Los resultados reflejan que, en el caso de las mujeres, ante la presencia de una buena

estima corporal la autopercepción, que es un factor de la calidad de vida, aumenta, en el caso de los varones, este nivel de estima corporal impacta de manera positiva en el bienestar físico y psicológico. Para complementar este resultado Tiunova, (2015), menciona que los adolescentes suelen tener preocupación por las partes de su cuerpo, si esto impacta directamente a la estima corporal podría fomentar la baja autoestima, vulnerabilidad a la crítica, aislamiento social y malestar psicológico, lo que, por consecuencia impactaría directamente al nivel de calidad de vida. En base a esto, es recomendable informar los adolescentes de los cambios físicos, emocionales y contextuales de sus siguientes etapas de desarrollo, mediante dinámicas de grupo como debates, lluvia de ideas, sensibilización y actividades individuales como la creación de plan de vida a corto y mediano plazo.

Finalmente, el octavo objetivo fue determinar la relación del nivel de calidad de vida con los tipos de prácticas parentales en estudiantes de Preparatoria de Pachuca. Los resultados encontrados muestran que la comunicación y control paterno y materno se relacionan positivamente con la calidad de vida, y que dichos factores tienen relación con el estado de ánimo y emociones. Esto concuerda con Nunes et al., (2014), quien menciona que las prácticas parentales positivas y control conductual propician una buena calidad de vida, sin embargo, si el control conductual y la disciplina están inclinados hacia la severidad, se obtendría un resultado totalmente contrario.

De igual manera Urzúa et al., (2011), mencionan que el compromiso que los padres reflejen en el ámbito escolar de los adolescentes funge como motivador para un mejor desempeño académico, mejorando su convivencia. Para beneficiar la

convivencia entre padres e hijos, es importante trabajar con los padres de la población, con la finalidad de exponer la importancia y beneficios de una buena relación y comunicación en la familia. Un modo de brindar herramientas a los padres que despierten su interés por el tema de la convivencia familiar es por medio de los docentes, a quienes se les brindaría talleres psicoeducativos de dichas herramientas.

Alcances, limitaciones y sugerencias

Los alcances que se tuvieron en la investigación fue la relación encontrada entre estima corporal y calidad de vida, porque se han encontrado pocos estudios que relacionen dicha variable, lo que hace una aportación importante a futuras investigaciones. En los que se encontró que la calidad de vida tiene correlaciones significativas con respecto a estima corporal, tanto en hombres como en mujeres.

Si bien esta investigación tuvo hallazgos, también se encontraron algunas limitaciones, una de ellas fue; el número dispar entre hombres (35.6%) y mujeres (64.4%) que se tiene en la muestra porque hace una visualización más cargada hacia las mujeres, lo que resulta poco homogéneo al momento de realizar comparaciones.

Respecto a la búsqueda teórica de estima corporal encontramos una limitante ya que la mayoría de los estudios son aplicados para otras nacionalidades por lo que al momento de realizar comparaciones es insuficiente el material teórico.

Se sugiere que futuras investigaciones se tome en cuenta que la calidad de vida se encuentra menos relacionada con prácticas parentales y estima corporal en comparación de la depresión, con respecto a variable se han realizado estudios con los que se puede hacer un sustento teórico más claro acerca del porque mayores o menor correlaciones.

Una propuesta importante es agregar el factor de IMC ya que en el marco teórico con relación a las variables de este estudio se encontraron correlaciones

significativas lo que nos abre una brecha en la que se puede agregar nuevos estudios e indicar la importancia del peso y la talla de los adolescentes.

Los datos encontrados durante esta investigación pueden ser útiles en programas preventivos con respecto a la salud mental de los adolescentes, de igual manera, puede servir como base para estudios posteriores relacionados a los factores protectores en la adolescencia, desde una perspectiva biopsicosocial.

Se sugiere realizar el estudio en población con mayor nivel de depresión, menor estima corporal, y añadir los trastornos alimentarios enfocado al tratamiento de dichos trastornos en población adolescente.

REFERENCIAS

- Abdollahi, A., & Talib, M. A., (2015). Sedentary behavior and social anxiety in obese individuals: the mediating role of body esteem. *Psychology, Health and Medicine*, 20, 205-209. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.913799>
- Aguiar, E., & Acle- Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53- 64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79825836002.pdf>
- Alberdi, J., Castro, C., Taboada, O., & Vázquez, C. (2006). *Depresión. Guías Clínicas*, 6(11), 1-6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Alguacil, J. (2000). *Calidad de vida y praxis urbana: Nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid*. [Tesis de Doctorado] España: Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de <http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu.pdf>
- Alomía, E. E., Barrientos, A. S., Condori, M. M., Sallo, Z. B., Samaniego, M. P., & Carhuayal, J. P. (2018). Análisis exploratorio y confirmatorio de la escala de estilos de crianza familiar (ECF-29) en estudiantes del nivel secundario. *PSIQUEMAG*, 6(1).1-12. Recuperado de <http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/193/107>
- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 163-167. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0213911100714506/1-s2.0-S0213911100714506-main.pdf?_tid=618a8cc8-8382-4513-8e68-3a0f01f6681e&acdnat=1524797604_f79863b8ff79efc4abd91bf658aed28d
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). España: Editorial Medica Panamericana.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B. & Rojas M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=7961c627-c928-443a-bba0-e4a5a6825abd%40sessionmgr4010>
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Aycardo, M., Moreno, S., & De León, M. (2007). Depresión adolescente y Familia. *Boletín AMUP*, 10, 17-26. Recuperado de <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=27024229&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSeqLM4zOX0OLCmr0%2BeqK5Srqi4SbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtIG1q69RuePfgex44Dt6fIA>

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., & Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit*, 19(2), 93-102. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/original1.pdf>
- Ballester, A., & Barrón, M. P. (2013). Desarrollo cognitivo y educación. *Espacios en blanco. Serie indagaciones*, 23(2), 290- 300. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/eb/v23n2/v23n2a08.pdf>
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. Recuperado de http://arowe.pbworks.com/f/baumrind_1966_parenting.pdf
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic psychology monographs*, 75(1), 43. Recuperado de http://arowe.pbworks.com/f/baumrind_1966_parenting.pdf
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3(11), 255-272. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/1ab065f19552b3ec2e969b6f7044ce32/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1819054>
- Beck, A.T., Ward C. H., & Mendelson, M. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. Recuperado de http://scalesandmeasures.net/files/files/Beck_AT_1961.pdf
- Bembnowska, M., & Josko- Ochojska, J. (2015). What causes depression in adults?. *Polish Journal of Public Health*, 125(2), 116-120. Doi 10.1515/pjph-2015-0037
- Berenzon, S., Lara. M. A., Medina-Mora, M. E., & Robles, R. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción e México. *Salud Publica Mex*, 55(1), 74-80. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20no.1%20Enero%20Febrero/8accion.pdf
- Bersh, S; (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV, (4) 537-546. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407>
- Betancourt, D. O., Espadin, I. B., Garcia, M.R., & Guerrero, A. B. (2014). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en niños. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 19(2), 1-9. Recuperado de www.redalyc.org/html/292/29238007011/
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2008). Prácticas parentales asociadas a los problemas internalizados y externalizados en adolescentes. *La psicología social en México. XII*, 667-671. Recuperado de <https://investigacionbiopsicosocial.files.wordpress.com/2010/12/ameps08-diana.pdf>
- 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://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7961c627-c928-443a-bba0-e4a5a6825abd%40sessionmgr4010>
- Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/1737/8413f37060b3b705b7158af59d61d3cb3385.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*. Bristol: Washington.
- Buestan, J., & Mendieta, T. (2012). *Prácticas de crianza y su influencia en el desarrollo integral del niño de 0 a 5 años* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de Repositorio Institucional de la universidad de Cuenca.
- Bustamente, R. F., & Quitana, A. (2015). Control parental en padres consumidores y no consumidores de alcohol desde la perspectiva de sus hijos. *PSIQUEMAG*, 4(1), 81-93. Recuperado de <http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/127/50>
- Camacho, E. J., & Galán, S. (2015). Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud. En *Ansiedad y calidad de vida en diabetes mellitus tipo 2* (pp. 71-92). México: El Manual Moderno.
- Camelier, A. A. (2004). *SF12 health related quality of life in COPD patients: a population-based study in São Paulo – SP*. (Tesis de Doctorado). Universidad Federal de San Paulo, Brasil, San Paulo. Recuperado de http://www.platinoalat.org/docs/thesis_a_camelier_2004.pdf
- Capano, A., González, M. D. L., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), 413-444. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21349352001.pdf>
- Carretero, M., Palacios, J. & Marchesi, A. (1985). *La inteligencia en la vida adulta. Psicología Evolutiva 3: Adolescencia, Madurez y Senectud*. Madrid: Alianza. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/genetica/zalazar/Carretero%20-%20Adolescencia,%20madurez%20y%20senectud.pdf>
- Carvajal, N. (2016). *Distorsión en la percepción de la imagen corporal en adolescentes con sobrepeso* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de México, Ciudad de México. Recuperado de TESIUNAM.
- Casas, J. J., & Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*. 9(1), 20-24. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Choi, E & Choi, I. (2016). The associations between body dissatisfaction, body figure, self-esteem, and depressed mood in adolescents in the United States and Korea: A moderated mediation analysis. *Journal of adolescence*, 53, 249- 259. Doi 10.1016/j.adolescence.2016.10.007
- Craig, G. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice-H.
- Cuervo Martínez, Á. (2010). Parenting styles and socioaffective development in childhood. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67916261009.pdf>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting styles as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. Recuperado de

<http://pepparent.org/wp-content/uploads/2014/01/Parenting-style-as-context-An-integrative-model-1993.pdf>

- Dulato, E. (2002). *El adolescente*. México: McGraw-Hill.
- Escoto, M., Bosques, L., Cervantes, B., Camacho, E., Díaz, I., & Rodríguez, G. (2016). Adaptation and psychometric properties of Body Esteem Scale in Mexican women and men. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 97-104. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/401/572>
- Esteinou, R. (2015). Autonomía Adolescente y Apoyo y Control Parental en Familias Indígenas Mexicanas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 749-766.
- Eubanks, J. R., Kenkel, M. Y., & Gardner, R. M. (2006). Body-size perception, body-esteem, and parenting history in college women reporting a history of child abuse. *Perceptual and motor skills*, 102(2), 485-497
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T. (2014). *Teorías de la personalidad*. (8ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), pp. 51-74. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7701092>
- Fernández, A. M. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proeso familiar y expresiones humorísticas. *Educar*, 50(2), 445- 466. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3421/342132463011.pdf>
- Fernández, M. (1999). *Diccionario de RRHH: Organización y dirección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, A. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(12), 1529-1533. doi: [10.4067/S0034-98872011001200001](https://doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001)
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Muñiz, J., & Paino, M. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217-225. Recuperado de <https://medes.com/publication/67597>
- Franzoi, S. L. (1994). Further evidence of the reability and validity of the steem scale. *Journal of clinical psychology*, 50(2), 237-239.
- Frisén, A., Lunde, C., & Berg, A., (2015). Developmental patterns in body esteem from late childhood to young adulthood: A growth curve analysis. *European Journal of Developmental Psychology*, 12, 99- 115. doi: [10.1080/17405629.2014.951033](https://doi.org/10.1080/17405629.2014.951033)
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E., & Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 117-138. doi: [10.1487/RevPsicodidact.10876](https://doi.org/10.1487/RevPsicodidact.10876)
- Gaete, V. (2015). Adolescent psychosocial development. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005
- Gaitán-López, D. F., Correa-Bautista, J. E., Vinaccia, S., & Ramírez-Vélez, R. (2017). Self-report health-related quality of life among children and adolescents from Bogotá, Colombia. The FUPRECOL study. *Colombia*

- Médica*, 48(1), 1-18. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v48n1/1657-9534-cm-48-01-00012.pdf>
- Galet, C., & Alzás, T. (2014). Trascendencia del rol de género en le educación familiar. *Cuerpo Abierto*, 33(22), 97-114. Recuperado de <https://mascvuex.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/1597/1005>
- García, A. A. (2014). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer* (Tesis de Especialidad). Ciudad de México: Universidad Autónoma de México. Recuperado TESIUNAM.
- Garduño, C., Riveros, R., & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de medicina conductual*, 1(1), 69-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: mesurement, theory and clinical implications. *Intl'. J.Psychiatry in medicine*, 11(3), 263-283. Recuperado de <http://sci-hub.io/10.2190/r55q-2u6t-lam7-rqr7>
- Garner, D., & Keiper, C., (2010). Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 1-26. Recuperado de <http://regular.redalyc.org/articulo.oa?id=425741613003>
- Gaxiola, J., Frías, M., Cuamba, N., Franco, J.D., & Olivas, L.C. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(1), 115-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211108.pdf>
- George, R., & Reyes, M. E. S. (2017). Burnout as a predictor of quality of life among selected Filipino nurses. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 8(7), 691-696. Recuperado de EBSCOhost
- Gómez-Marmol, A., Sánchez-Alcaraz, B., & Mahedero-Navarrete, M. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Agora para la Educación Física y el Deporte*, 15, 54-63. Recuperado de http://agora-revista.blogs.uva.es/files/2013/07/agora_15_1d_gomez_et_al.pdf
- González, C., Guevara, Y., Jiménez, D., & Alcázar, R. (2017). Influencia de prácticas parentales sobre el nivel de asertividad, agresividad y rendimiento académico en adolescentes. *European Scientific Journal*, 13(20). Recuperado de <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/9646/9376>
- González, M.B. (2013). *Prácticas parentales, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. Recuperado de TESIUNAM.
- González-Forteza, C., Jiménez- Tapia, J. A., Ramos. Lira, L., & Wagner, F.A. (2008). Aplicación de la escala de depresión del center of epidemiological studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Publica de México*, 50(4), 292-299. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000400007&script=sci_arttext&tling=en
- Guajardo, V. (2004). *Calidad de vida en niños y adolescente con asma*. (Tesis de Maestría). Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/5416/1/1020149411.PDF>

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. J., & Hidalgo, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, 5(1), 7-22. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- Guerrero R. (1992). Mexican ethnopsychology. *Revista Puertorriqueña de psicología*, 8(1), 27-35. Recuperado de <http://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/70/57>
- Guerrero, R. (1997). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Guizar, R. (2003). *Desarrollo Organizacional*. México: McGraw-Hill.
- Hamlat, E. J., Shapero, B. G., Hamilton, J. L., Stange, J. P., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2015). Pubertal timing, peer victimization, and body-esteem differentially predict depressive symptoms in African American and Caucasian girls. *Journal of Early Adolescence*, 35(3), 378- 402. doi 10.1177/0272431614534071
- Hidalgo-Rasmussen, C. A., Rajmil, L., & Montaña, R. (2014). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana de 8 a 18 años. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2215-2224. doi: 10.1590/1413-81232014197.09682013
- Hurlock, E.B. (1980). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- Instituto de Investigaciones Sociales en México. (2017). Los once tipos de familias en México. *Al momento*, 5(17), 1-2. Recuperado de http://www.iis.unam.mx/pdfs/iismedios/mayo2017/02_almomento
- Jorquera, M., Baños, R., Perpiña, C., & Botella, C., (2005). La escala de estima corporal (BES): validación en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 173-192. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=36012b31-5d88-4c11-8c27-b4be6f12c172%40sessionmgr4007>
- Jurado, S., Loperena, V., Méndez, L., Rodríguez, F., Varela, R., & Villegas, M. E. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11318&id_seccion=3&id_ejemplar=1169&id_revista=1
- Kelley-Gillespie, N. (2009). An integrated conceptual model of quality of life for older adults based on a synthesis of the literature. *Applied Research Quality Life*, 4, 259-282. doi: 10.1007/S11482-009-9075-9
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P., & Michiels, D. (2009). Relations Between Parental Psychological Control and Childhood Relational Aggression: Reciprocal in Nature?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (1), 117-131. doi: 10.1080/15374410802575354
- Lara, J. M. (1996). Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 11, 121- 128. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2282696>
- López, N. (2016). *Prácticas de crianza y autoestima: crianza parental recordada por hij@s jóvenes y su nivel de autoestima* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. Recuperado de TESIUNAM.

- Lugo, J. Z. (2017). *Calidad de vida en pacientes pediátricos con tumores óseos, mediante la prueba de KIDSCREEN-52*. (Tesis en Especialidad). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de TESIUNAM.
- Maccoby, E. E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: *Parent-child interaction. Handbook of child psychology*. 4(1), 1-101. Recuperado de <http://www.ffri.hr/~ibrdar/komunikacija/seminari/Darling,%201993%20-%20Parenting%20style.pdf>
- Marco, J., Perpiñá, C., & Botella, C; (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología*, 30, 422-430. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188005>
- Márquez, M.E., Hernández, L., Aguilar, J., Pérez, V., & Reyes, M. (2007). Datos psicométricos del EMBU-I ¿Mis memorias de crianza? como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *Salud mental*, 30(2), 58-66. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230208.pdf>
- Massa, J. L. P., & Álvarez, L. M. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación social*, (120), 69-90. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46487404/04_BASES_PARA_UNA_COMPRENSION_ACTUALIZADA_DS0120.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522639436&Signature=M4QYo8dMA4A9X911dnLWPH1t3GA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBASES_PARA_UNA_COMPRENSION_ACTUALIZADA_D.pdf
- Meade, T., & Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: a three year longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(14), 1-8. doi: 10.1186/s12955-016-0415-9
- Méndez, C. (2017). *La percepción de los adolescentes de las prácticas parentales y de su bienestar psicológico* (Tesis de Maestría). Universidad de Morelos, México. Recuperado de <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/jspui/bitstream/handle/20.500.11972/896/Tesis%20Claudia%20Mendez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mendez, M. L. (1995). *Traducción y Estandarización del Inventario de Depresión de Beck*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. Recuperado de TESIUNAM
- Méndez, M. P., Andrade, P., & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 99-118. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80225697007.pdf>
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3-9. Recuperado de <https://oem.bmj.com/content/60/1/3>

- Miller, W. R., & Seligman, M. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology, 84*(3), 228- 238. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/2c74/5146c275e0697087d9fe2ab52571fdbc8505.pdf>
- Monterrosa, A. (1998). Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 49*(4), 225-230. Recuperado de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/viewFile/1078/1217>
- Moreh, S., & O' Lawrence. (2016). Common risk factors associated with adolescent and young adult depression. *Journal of Health & Human Services Administration, 39*, 283-310. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=3b62bd2b-e801-495a-af19-c766602d08c6%40sessionmgr4008>
- Moscoso, R., Rodríguez- Figueroa, L., Reyes- Pulliza, J., & Colón, H. (2016). Una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 27*(2), 320-332. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5891730>
- Muñoz, L. F., & Palacios-Espinosa, X. (2015). Calidad de vida y hemofilia: Una revisión de la literatura. *CES Psicología, 8*(1), 169-191. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539425011>
- Nunes, C., Bodden, D., Lemos, I., Lorence, B., & Jiménez, L. (2014). Parenting practices and quality of life in Dutch and Portuguese adolescents: a cross-cultural study. *Journal of Psychodidactics, 19*(2), 327-346. doi: [org/10.1387/RevPsicodidact.10493](https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10493)

- Ocampo, J., Guerrero, M., Espín, L., Guerrero, C., & Aguirre, R. (2017). Asociación entre Índice de Masa Corporal y Depresión en Mujeres Adolescentes. *International Journal of Morphology*, 35(4), 1547-1552. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000401547>
- Odiel, S. (2013). *Indagar cuales son las causas que ocasionan la depresión hasta llegar al suicidio en los adolescentes de nivel secundaria*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Sotavento, Veracruz. Recuperado de TESIUNAM
- Oliva, A., & Antolín, L. (2010). Cambios en el cerebro adolescente y conductas agresivas y de asunción de riesgos. *Estudios de Psicología*, 31(1), 53- 66. Recuperado de https://lucia-antolin-suarez.webnode.es/_files/200000042-6b6a96c690/A.%20Cambios%20en%20el%20cerebro%20adolescente%20y%20ca%20y%20riesgo.pdf
- Oliva, E., & Villa, V. J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1992). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families*. Mineapolis: EUA.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1984). Imagen del modelo de Olson, [Figura 1]. Recuperado de https://www.researchgate.net/figure/FIGURA-1-Modelo-circumplejo-adaptado-de-Olson-et-al-1989_fig1_28109743
- Organización Mundial de la Salud. (1996). WHO Quality of Life Assessment Group. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Adolescentes: riesgo para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Aspectos esenciales de la campaña*. Recuperado de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y el adolescente: Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Panamericana de la Salud., & Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre sistema de Salud Mental en México*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Orozco, L. A., Ybarra, J. L., & Valencia, A. I. (2015). Tratamientos con apoyo empírico en trastornos del estado de ánimo. *En intervenciones con apoyo*

- empírico: Herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud* (pp. 63-69). México: El Manual Moderno.
- Ortiz, G., & Moreno, M. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27, 181-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511847004>
- Papalia, D., Wendkoss, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo* (11.a ed.). México: McGraw Hill.
- Papalia, D., Wendkoss, S. y Duskin, R. (2012). *Psicología del desarrollo* (12.a ed.). México: McGraw Hill.
- Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428010>
- Pérez, J. P. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios gerenciales*, 29(129), 445-455. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592314000813>
- Piaget, J. (1973). *Psicología genética*. Buenos Aires: EMECÉ Editores.
- Portela de Santana, M., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora, M., & Raich, M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 391-401.
- Probst, M., Vandereycken, W., Copenolle, H. V., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133-144. doi 10.1080/10640269508249156
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en Adolescentes. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 31(2), 263-271. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n2/art12.pdf>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2014). Quality of life, personal strengths, depression, stress in adolescents by sex and strata. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56031293002.pdf>
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. España: Ediciones Pirámide.
- Ramírez, M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 31(2), 167-177. doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011
- Rodríguez, J. (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico con énfasis en el uso de micro datos censales de la ronda de 2010. *Comisión económica para América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/1/S2014262_es.pdf
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., & Hernández, M. (2015). Conductas de riesgo en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2015/cmm152j.pdf>

- Ruíz, M. (2015). *Como influyen las prácticas parentales en el desarrollo de problemas internalizados y externalizados en adolescentes* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperada de TESIUNAM
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Caballo M., V., & Villegas, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33 (3), 223-236. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21349352001.pdf>
- Sanabria, M. A., & Uribe, A. F. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Diversidad perspectiva psicológica*, 6(2), 257-274. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n2/v6n2a05.pdf>
- Sánchez-Sosa, J.J., & González-Celis, R. A. (2006). *Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica*. En: V. E. Caballo, coord. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Editorial Pirámide, pp. 473-492.
- Sánchez, J. E. P., Hernández, R. M. G., Palencia, A. R., & Guzmán-Saldaña, R. (2017). Percepción De Estrés Y Prácticas Parentales En Estudiantes De Psicología De Nuevo Ingreso. *European Scientific Journal, ESJ*, 13(17). Recuperado de <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/9528/9036>
- Sánchez, M. P., Palos, P. A., & Gómez, R. P. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Psicología y Educación*, 15(1), 99-118. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80225697007.pdf>
- Sarason, B., & Sarason, I. (2006). Trastornos del estado de ánimo y suicidio. En *Psicopatología Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11ma. ed.). México: Pearson Educación
- Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181-190. doi 10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Secretaría de Salud. (2008). Programa de acción específico 2007- 2012 Salud Mental. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos*. México: Secretaría de Salud; Diagnostico General de la Salud Poblacional. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
- Segura, H. B., Vallejo, A. G., Osorno, J. R., Rojas, R. M., & Reyes, S. I. (2011). La Escala de prácticas parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 18(2), 67-73. Recuperado de

Con formato: Español (México)

- http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/18/018_Segura.pdf
- Segurado, A., & Argulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14(4), 828-836. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=806>
- Shek, D. (2007). A Longitudinal Study of Perceived Parental Psychological Control and Psychological Well-being in Chinese Adolescents in Hong Kong. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 1-22. doi:org/10.1002/jclp.20331
- Smokowski, P., Bacallao, M., Cotter, K., & Evans, C. (2015). The Effects of Positive and Negative Parenting Practices on Adolescent Mental Health Outcomes in a Multicultural Sample of Rural Youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3), 333-345. doi:10.1007/s10578-014-0474-2
- Taylor, A., Wilson, C., Slater, A., & Mohr, P. (2012). Self-esteem and body dissatisfaction in young children: Associations with weight and perceived parenting style. *Clinical Psychologist*, 16(1), 25-35. doi:10.1111/j.1742-9552.2011.00038.x
- Teixeira, M., Pereira, A., Marques, M., Saraiva, J., & de Macedo, A. (2016). Eating behavior, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38, 135-140. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v38n2/1516-4446-rbp-1516444620151723.pdf>
- Tiunova, A. (2015). Relationship of body image and self - esteem in adolescents with different types of constitutional development: preliminary results. *ANS: Journal for Neurocognitive Research*, 57, 81-86. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=36012b31-5d88-4c11-8c27-b4be6f12c172%40sessionmgr4007>
- Tušek-Bunc, K., & Petek, D. (2016). Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: their impact on health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(159), 1-12. doi: 10.1186/s12955-016-0560-1
- Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., Trgovčević, S., & Milovanović, V. (2015). Quality of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia. *Vojnosanit Pregl*, 72(11), 968-974. doi: 10.2298/VSP140831107U
- Urzúa M, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Urzúa, A., Godoy, J., & Ocayo, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista chilena de pediatría*, 82(4), 300-310. Doi org/10.4067/S0370-41062011000400004
- Valladares, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Medisur*, 6(1), 4-13. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>
- Vázquez, C. (2013). *El papel mediacional del estrés parental y estrategias disciplinarias en relación a estilos de crianza y la frecuencia de problemas de*

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

Código de campo cambiado

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

- conducta* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma De México. Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2013/octubre/0704121/Index.html>
- Vázquez, F.L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 17-449. Recuperado de <https://docplayer.es/8177965-Depresion-diagnostico-modelos-teoricos-y-tratamiento-a-finales-del-siglo-xx.html>
- Vega-Rivera, N. M., Fernández-Guasti, J. A., Ramírez-Rodríguez, G. B., Castro-García, M., & Estrada-Camarena, E. (2012). Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: Su relación con la depresión. *Salud Mental*, 35, 527-533. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600011
- Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 123-136. Recuperado de
- Vygotsky, L. S. (1995) *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.
- Wiley, J. (2001). *Adolescencia*. Mexico: Editorial Limusa.
- Wilson, I., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *American Medical Association*, 273(1), 59-65. Doi 10.1001/jama.273.1.59
- World Health Organization. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE- 10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España: Editorial Medica Panamericana. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- Yenes, F., Ochoa de Alda, Í., Ortego, M., Alemán, A., & Espina, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 532-538. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713401>
- Zaragoza, J. (2015). *Preocupación por la apariencia física, ansiedad, depresión, y actitudes hacia la alimentación en adolescentes* (Tesis de especialidad en intervención clínica en niños y adolescentes). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. Recuperado de TESIUNAM
- Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: common bisocial factors. *Journal of personality*, 68(6), 999-1029. doi: 10.1111/1467-6494.00124

Anexos

Anexo 1

Questionario de detección y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes (KIDSCREEN-52)

(Adaptado y validado: Hidalgo- Rasmussen, Rajil & Montaña, 2011)

Por favor lee cada pregunta con cuidado. ¿Qué respuesta viene primero a tu mente?, elige la opción que más se acomode a tu respuesta y márcalo con una tachita. Recuerda que esto no es un examen, por lo que no hay respuestas equivocadas. Es importante que respondas todas las preguntas y que las marques claramente para poder verlas. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos seis días. No tienes que enseñarle tus respuestas a nadie, y nadie que te conozca verá tus respuestas cuando termines el cuestionario.

	Excelente	Muy buena	Buena	Aceptable	Mala
1. En general, ¿Cómo dirías que es tu salud?					

	De ningún modo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
2. ¿Te has sentido en forma y bien?					
3. ¿Te has sentido físicamente activo? (ejemplo: correr, andar en bici, etc.)					
4. ¿Has sido capaz de correr bien?					

	Nunca	Muy pocas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
5. ¿Te has sentido lleno de energía?					

	De ningún modo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
6. ¿Tu vida ha sido agradable?					
7. ¿Te has sentido contento(a) de estar vivo(a)?					
8. ¿Te has sentido satisfecho con tu vida?					

	Nunca	Raramente	A menudo	Muy a menudo	Siempre
9. ¿Te has sentido lleno de energía?					
10. ¿Te has sentido alegre?					
11. ¿Te has divertido?					
12. ¿Has sentido que haces todo mal?					
13. ¿Te has sentido triste?					
14. ¿Te has sentido tan mal que no tienes ganas de hacer nada?					
15. ¿Has sentido que todo en tu vida esta mal?					
16. ¿Te has sentido harto(a)?					
17. ¿Te has sentido solo(a)?					
18. ¿Te has sentido bajo presión?					
19. ¿Has sido feliz con tu forma de ser?					
20. ¿Has estado contento con la ropa que tienes?					
21. ¿Te has preocupado por la forma en la que te ves?					
22. ¿Has sentido celos de la forma en la que otros niños y niñas se ven?					
23. ¿Quisieras cambiar algo de tu cuerpo?					
24. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?					
25. ¿Has podido hacer las cosas que quieres en tu tiempo libre?					
26. ¿Has tenido suficiente oportunidad de salir?					
27. ¿Has tenido suficiente tiempo para reunirte con amigos(as)?					
28. ¿Has sido capaz de elegir que hacer en tu tiempo libre?					
29. ¿Tus padres te entienden?					
30. ¿Te has sentido amado por tus padres?					
31. ¿Has sido feliz en casa?					
32. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?					
33. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?					
34. ¿Has podido hablar con tus papas cuando has querido?					
35. ¿Has tenido el dinero suficiente para hacer lo mismo que tus amigos?					
36. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?					
37. ¿Tienes suficiente dinero para hacer actividades con tus amigos?					
38. ¿Has pasado tiempo con tus amigos(as)?					
39. ¿Has hecho actividades con otros niños(as)?					
40. ¿Te has divertido con otros niños(as)?					
41. ¿Tú y tus amigos(as) se han ayudado unos(as) a otros(as)?					
42. ¿Has podido hablar de todo con tus amigos(as)?					
43. ¿Has podido confiar en tus amigos(as)?					
44. ¿Has estado feliz en la escuela?					
45. ¿Te ha ido bien en la escuela?					
46. ¿Te has sentido satisfecho con tus maestros?					
47. ¿Has podido poner atención?					
48. ¿Has disfrutado ir a la escuela?					
49. ¿Te has llevado bien con tus maestros?					
50. ¿Te han dado miedo otros niños o niñas?					
51. ¿Se han burlado de ti otros niños o niñas?					
52. ¿Te han intimidado, acosado o amenazado otros(as) niños o niñas?					

Anexo 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.

Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | 0. Yo no me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo | 5 | 0. En realidad yo no me siento culpable.
1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo. |
| 2 | 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
1. Me siento descorazonado por mi futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Siento que el futuro no tiene esperanza. | 6 | 0. Yo no siento que este siendo castigado.
1. Siento que podría ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que he sido castigado. |
| 3 | 0. Yo no me siento como un fracasado.
1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona. | 7 | 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
1. Estoy desilusionado de mí mismo.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio. |
| 4 | 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
1. Yo no disfruto de las cosas como solía hacerlo.
2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo. | 8 | 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| | | 9 | 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad. |

- 10** 0. Yo no lloro más de lo usual.
1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
 2. Actualmente lloro todo el tiempo.
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
- 11** 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado todo el tiempo.
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
- 12** 0. Yo no he perdido el interés en la gente.
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
 3. He perdido todo el interés en la gente.
- 13** 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
 2. Tengo mas dificultad en tomar decisiones que antes.
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14** 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía.
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
 3. Creo que me veo feo (a).
- 15** 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
 2. Tengo que obligarme para hacer algo.
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
- 16** 0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
 2. Me despierto una o dos horas mas temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.
- 17** 0. Yo no me canso mas de lo habitual.
1. Me canso mas fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18** 0. Mi apetito no es peor de lo habitual.
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
 2. Mi apetito esta muy mal ahora.
 3. No tengo apetito de nada.
- 19** 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
1. He perdido más de dos kilogramos.
 2. He perdido más de cinco kilogramos.
 3. He perdido más de ocho kilogramos.
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos.
- Si _____ No _____
- 20** 0. Yo no estoy mas preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21** 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 3

Escala Prácticas Parentales para adolescentes

Queremos que nos ayudes respondiendo este cuestionario acerca de la forma en la que piensan y sienten los jóvenes de tu edad y la forma en la que las mamás y papás tratan a sus hijos(as). Si tienes alguna duda por favor ten confianza de preguntarnos lo que quieras saber. Te recordamos que nadie se va a enterar de lo que contestes. ¡Gracias por tu ayuda!

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU MAMÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo.

MI MAMÁ	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa.				
2. Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa.				
3. Me hace sentir que soy un(a) inútil.				
4. Sabe en dónde estoy después de la escuela.				
5. Me dice que soy un(a) "burro(a)".				
6. Habla conmigo sobre mis problemas.				
7. Me deja tomar mis propias decisiones.				
8. Me impone las cosas que ella piensa.				
9. Me grita por cualquier cosa.				
10. Conoce a mis amigos(as).				
11. Respeta las decisiones que tomo.				
12. Cuando me castiga me hace sentir culpable.				
13. Cree que todos debemos pensar como ella.				
14. Se enoja conmigo por cualquier cosa.				
15. Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos.				
16. Todo lo que hago le parece mal.				
17. Platica conmigo como buenos(as) amigos(as).				
18. Cuando estoy triste me consuela.				
19. Apoya mis decisiones.				
20. Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a).				
21. Ella cree que tiene la razón en todo.				
22. Respeta mis ideas, sin criticarme.				
23. Me dice groserías o insulta, si me porto mal.				
24. Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela.				
25. Me pregunta qué hago con mis amigos.				
26. Platica conmigo de cómo me va en la escuela.				
27. Me ayuda en mis problemas.				

MI MAMA	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
28. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero.				
29. Quiere que sea como ella es				
30. Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo(a).				
31. Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice.				
32. Quiere que haga todo lo que ella dice.				
33. Me da confianza para que me acerque a ella.				
34. Me dedica tiempo para platicar.				
35. Quiere que piense como ella piensa.				
36. Entiende las razones que le digo.				
37. Respeta mis decisiones aunque no sean las mejores.				
38. Platica conmigo de las cosas que me suceden.				
39. Piensa que todo lo que dice está bien.				
40. En la casa se hace lo que ella dice.				

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU PAPÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que él hace contigo.

MI PAPÁ	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Habla conmigo sobre mis problemas.				
2. Me trata injustamente.				
3. Platica conmigo como buenos amigos.				
4. Me impone su manera de ser.				
5. Me consuela cuando estoy triste.				
6. Quiere que sea como él es.				
7. Me culpa por todo lo que sucede.				
8. Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas.				
9. Me amenaza, si me porto mal.				
10. Me dedica tiempo para platicar.				
11. Me ayuda en mis problemas.				
12. Respeta mis gustos.				
13. Cree que todos debemos pensar igual que él.				
14. Pienso que me tiene mala voluntad.				
15. Me da confianza para que me acerque a él.				
16. Me culpa por cualquier cosa.				

MI PAPÁ	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
17. Le platico las cosas que me suceden.				
18. Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice.				
19. Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre.				
20. Respeta las decisiones que tomo.				
21. Él cree que tiene la razón en todo.				
22. Me deja tomar mis propias decisiones.				
23. Entiende mi manera de ser.				
24. Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela.				
25. En la casa se hace lo que él dice.				
26. Acepta mi forma de expresarme.				
27. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero.				
28. Me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre.				
29. Me hace sentir que soy un(a) inútil.				
30. Me grita por cualquier cosa.				
31. Se enoja conmigo por cualquier cosa.				
32. Apoya mis decisiones.				
33. Platica conmigo sobre los planes que tengo con mis amigos(as).				
34. Quiere que haga lo que él dice.				
35. Platica conmigo sobre todo lo que hago.				
36. Me pregunta qué hago con mis amigos(as).				
37. Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarlas.				
38. Platica conmigo sobre cómo me va en la escuela.				
39. Cuando salgo y regreso a casa, le digo lo que hice.				
40. Quiere que piense como él piensa.				

Anexo 4

Escala de estima corporal (BES)

Instrucciones: se han enumerado una serie de partes y funciones del cuerpo. Por favor, lea cada inciso e indique cómo se siente acerca de la función de su propio cuerpo, utilizando la siguiente escala:

Partes y funciones del cuerpo	Tengo fuertes sentimientos negativos	Tengo sentimientos negativos moderados	No tengo sentimientos positivos ni negativos	Tengo sentimientos positivos moderados	Tengo fuertes sentimientos positivos
1. Olor corporal.					
2. Apetito.					
3. Nariz.					
4. Resistencia Física.					
5. Reflejos.					
6. Labios.					
7. Fuerza muscular.					
8. Cintura.					
9. Nivel de energía.					
10. Mustos.					
11. Orejas.					
12. Bíceps.					
13. Barbilla.					
14. Estructura corporal.					
15. Coordinación corporal.					
16. Nalgas.					
17. Agilidad					
18. Anchura de los hombros.					
19. Brazos.					
20. Pecho.					
21. Aspecto de los ojos (forma, color)					
22. Mejillas					
23. Caderas.					
24. Piernas.					
25. Figura o apariencia.					
26. Deseo sexual.					
27. Pies.					
28. Genitales.					
29. Aspecto del abdomen.					
30. Salud.					
31. Actividades sexuales.					
31. Actividades sexuales.					
32. Vello corporal					
33. Condición física					
34. Cara					
35. Peso.					

Anexo 5



Universidad Autónoma del estado de Hidalgo
Área académica de psicología



Con formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto, Negrita, Color de fuente: Texto 1

Con formato: Normal

Con formato

Con formato: Sangría: Primera línea: 1,25 cm

Consentimiento informado

Folio _____

Nos es grato informarle que nos encontramos realizando una investigación por parte de la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida, depresión, prácticas parentales y estima corporal en estudiantes de Preparatoria de Pachuca, Hidalgo.

Por tal motivo solicitamos su consentimiento para aplicar cuatro instrumentos, considerando la aplicación, en todo momento se apegan a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de la participación de las y los adolescentes.

Las responsables de esta actividad son las alumnas Biñuelo Ocultico Iritzali y Hernández De la Cruz Matilde bajo la supervisión de la Dra. Angelica Romero Palencia, profesora investigadora del Instituto de Ciencias de la Salud.

Agradeciendo de antemano su atención y apoyo.

He leído y comprendo las características de la investigación que se esta realizando por la parte de la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, en el cual estoy invitada a participar.

ACEPTO participar en este proyecto:

Nombre y Firma del/ la participante