



Universidad Francisco de Vitoria

Grado en Psicología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN ADULTOS JÓVENES SEGÚN EL ESTILO EDUCATIVO PATERNO Y EL NIVEL DE DIFERENCIACIÓN

Trabajo Fin Grado

presentado por: Cristina Saiz Manceñido

Director/a: Dr. Carlos Alberto Marchena Giráldez

Curso 2018-2019

Resumen

El presente estudio se ha realizado por la necesidad que hay de encontrar variables que interaccionan entre sí sobre los síntomas psicopatológicos. Esta necesidad se debe al evidente problema de salud mental que existe a nivel mundial. Numerosos estudios han comprobado la relación entre los estilos educativos parentales y los síntomas psicopatológicos, así como la relación entre la diferenciación y los síntomas psicopatológicos. La muestra que contestó a los cuestionarios DSI, SA-45 y EPIPP estaba formada por 200 personas. Se han empleado únicamente los estilos educativos paternos autoritativos, negligentes y autoritarios, ya que los estilos permisivo y sobreprotector tenían un tamaño muestral pequeño. Por lo tanto, la muestra definitiva fue de 173 participantes. Se realizó un ANOVA de II factores y no se ha halló interacción, ni tampoco relación entre los estilos educativos parentales y los síntomas psicológicos. No obstante, se encontró una relación entre la diferenciación y los síntomas, pero no de la manera esperada, ya que ante una alta diferenciación las personas presentan más síntomas. Los resultados discordantes encontrados en el presente estudio pueden deberse a varias causas, entre ellas: las diferencias culturales, los sesgos cognitivos debido a las preguntas por el pasado, etc.

PALABRAS CLAVE: estilos educativos parentales, diferenciación del sí-mismo, síntomas psicopatológicos, adultos jóvenes.

Abstract

The present study has been carried out for the need to find variables that interact with each other on psychopathological symptoms. This need is due to the obvious mental health problem that exists worldwide. Several studies have verified the relationship between parental styles and psychopathological symptoms, as well as the relationship between differentiation and psychopathological symptoms. The sample that answered the DSI, SA-45 and EPIPP questionnaires was formed of 200 young adults. It has been used only the authoritative, negligent and authoritarian parental education styles, since the permissive and overprotective style had a small sample size. Therefore the final sample was 173 participants. An II-factor ANOVA was performed and no interaction was found, nor was there a relationship between parental educational styles and psychological symptoms. However, a relationship between differentiation and symptoms was found, but not in the expected manner, as the presence of a high differentiation, people present more symptoms. The discordant results found in this study may be due to several causes, among them: cultural differences, cognitive bias due to questions from the past, etc.

KEY WORDS: parental educational styles, self differentiation, psychopathological symptoms, young adults.

ÍNDICE

1.	Introducción.....	5-18
1.1	Epidemiología de los trastornos mentales y sus consecuencias.....	5-7
1.2	Variables asociadas a los síntomas psicopatológicos.....	7-9
1.3	Estilos parentales y los síntomas psicopatológicos.....	9-14
1.4	La diferenciación del sí-mismo y los síntomas psicopatológicos.....	14-18
2.	Objetivo e hipótesis.....	18
3.	Método.....	18-23
3.1	Participantes.....	18-19
3.2	Variables e instrumentos.....	19-22
3.2.1	Características sociodemográficas.....	19
3.2.2	Estilos parentales.....	19-20
3.2.3	Síntomas psicopatológicos.....	20-21
3.2.4	Diferenciación del sí-mismo.....	21-22
3.3	Procedimiento y diseño.....	22
3.4	Análisis de datos.....	22-23
4.	Resultados.....	23-31
4.1	Análisis de fiabilidad de las escalas de medida.....	23-24
4.2	ANOVA de II factores con interacción y análisis descriptivos.....	24-31
5.	Discusión.....	31-38
6.	Referencias.....	38-47

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los estilos educativos parentales y los niveles de diferenciación.....	24
Tabla 2. ANOVA II factores con interacción.....	27
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los estilos educativos parentales y los síntomas psicopatológicos.....	29
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de los distintos niveles de diferenciación y los síntomas psicopatológicos.....	30

1. Introducción

1.1 Epidemiología de los trastornos mentales y sus consecuencias

La salud mental es una parte fundamental en la salud global de la persona. Pese a que normalmente cuando se habla de salubridad aludimos en exclusiva al ámbito físico de la persona. No obstante, algo falla si no hay salud mental.

Se calcula que entre un 10 y un 20% de la población adolescente de todo el mundo padece algún trastorno mental (OMS, 2018). En la población con edad de trabajar se estimó en 2015, por un informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, que un 20% sufría algún trastorno psicológico. A su vez, en este mismo informe se anunciaba que una de cada dos personas tendría una etapa de mala salud mental a lo largo de su vida (OCDE, 2015). Por otro lado, el porcentaje estimado de tener un trastorno mental en la población adulta mayor es del 15% (OMS, 2017). Con todo, entre los trastornos psicológicos más prevalentes encontramos la depresión, que se calcula que unos 300 millones de personas la padecen en todo el mundo y la ansiedad con una cifra de 260 millones (OMS, 2017).

La prevalencia de los trastornos mentales sigue ascendiendo y causando diversos efectos negativos en los individuos, así como en su salud y consecuencias graves en todos los países respecto al nivel socioeconómico y de los derechos humanos (OMS, 2018). Se ha calculado que el impacto a nivel global de los trastornos mentales, teniendo en cuenta la pérdida económica, será de 16,3 billones de dólares entre 2011 y 2030 (OMS, 2013). Además, entre otras consecuencias, las personas con trastornos mentales presentan tasas de discapacidad y mortalidad muy elevadas (OMS, 2013), por ejemplo, se suicidan al año 800.000 personas, por problemas físicos no atendidos, etc (OMS, 2018). Hay enfermedades que son más comunes en esta población, como pueden ser las enfermedades cardiovasculares, el sida o el cáncer. También existen ciertos factores de riesgo que suelen ser comórbidos a los

trastornos psicológicos, como el consumo de alcohol o el estrés y que terminan provocando problemas a nivel físico (OMS, 2013).

Otra de las consecuencias es que los trastornos mentales hundan a los individuos y sus familias en la pobreza. Factores como la carencia de hogar o la encarcelación impropia suceden más en esta población y aumentan su vulnerabilidad y marginación. Padecer un trastorno mental provoca estigmatización y discriminación y por ello, sufren en muchas ocasiones negaciones de sus derechos económicos, sociales, civiles, políticos y culturales. Asimismo, se les impone limitaciones en el trabajo y en la educación, pueden sufrir condiciones de vida poco higiénicas e inhumanas, abusos sexuales, maltratos físicos y prácticas degradantes en los centros sanitarios (OMS, 2013).

Debido a esto y en busca de una salud mental adecuada, ya que es un derecho fundamental de los humanos (OMS, 2017), es necesario seguir investigando. Para ello, hay que estudiar distintas variables que pueden estar relacionadas con que los síntomas o trastornos mentales se manifiesten en las personas. Así, se podrá crear la atención necesaria a este nivel, ya que según datos de la OMS (2018), hay un porcentaje muy alto que no recibe atención y los casos que sí reciben tratamiento son de escasa calidad. También se describe esta necesidad de seguir investigando sobre los trastornos mentales en el estudio de Tortella et al. (2016) donde refiere que es necesario investigar los factores de vulnerabilidad y protección que hacen más o menos probable que se desarrollen trastornos mentales.

1.2 Variables asociadas a los síntomas psicopatológicos

La salud mental está determinada por muchos factores como pueden ser los psicológicos, biológicos o sociales. En relación con lo que sostiene la OMS (2018) las presiones socioeconómicas, la pobreza, el bajo nivel educativo, los cambios sociales demasiado rápidos, el estrés en el trabajo, la discriminación de género, la exclusión social, los

modos de vida poco saludables y una salud física nociva son variables importantes a la hora de no poseer una salubridad adecuada. Asimismo, los factores psicológicos o de la personalidad (capacidad de gestión de emociones, pensamientos, etc) de los individuos producen una mayor predisposición a padecer síntomas o trastornos psicopatológicos. Por último, se encuentran las causas biológicas como pueden ser los factores genéticos o ciertos desequilibrios bioquímicos que suceden en el cerebro.

Se han estudiado numerosas variables que están relacionadas con los síntomas psicopatológicos. Continuando con la división de los factores que afectan a la salud mental realizado por la OMS tenemos las variables psicológicas, biológicas y sociales. Entre las psicológicas encontramos el bienestar, el insomnio, las disfunciones sexuales, la obesidad, las dificultades en el rendimiento en el colegio, así como en las habilidades emocionales, los fármacos, los pensamientos automáticos negativos, las creencias disfuncionales, los esquemas desadaptativos tempranos y esquemas cognitivos disfuncionales, los estilos de afrontamiento y los traumas (e.g.: Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004; Ballesteros et al., 2007; Calderón, Forns y Varea, 2009; Casado y Franco, 2010; Cássia, Gorayeb y Clóvis, 2007; Casullo y Castro, 2002; Estévez y Calvete, 2009; Ferrel, Vélez y Ferrel, 2014; Gyawali et al., 2000; Hudson et al., 2003; Jadue, 2002). Las variables sociales estudiadas en relación a los síntomas psicopatológicos son la pobreza, la drogadicción, el síndrome Burnout, la exclusión social, las relaciones interpersonales, el bullying, el acoso psicológico, el mobbing, el estrés laboral y la diferenciación del sí-mismo (e.g.: Birkett, Espelage y Koenig, 2009; Extremera, Rey y Pena, 2010; Flores, Borda y Pérez, 2006; Martxueta y Etxeberria, 2014; Pedersen, 2009; Pérez y Urquijo, 2001; Quiceno et al., 2013; Ríos, Godoy y Sánchez, 2011; Vargas, Ibáñez y Armas, 2009). Asimismo, entre las variables biológicas encontramos ciertas enfermedades neurológicas, metabólicas, cardiovasculares, el cáncer, algunas enfermedades

infecciosas, la migraña y los embarazos de alto riesgo (e.g.: Ferrel, Vélez y Ferrel, 2014; Martínez y Romano, 2009; Pareja y Campo, 2004; Velasco, 2010).

Por otro lado, en relación a la familia, se han estudiado diversas variables relacionadas con los síntomas psicopatológicos, como la relación entre los padres, el Síndrome de Alienación Parental, el divorcio, el apego y los estilos parentales educativos (e.g.: Bautista, 2007; De la Iglesia et al., 2011; Gómez-Ortiz et al., 2017; Marchand-Reilly, 2009; Martínez-Pampliega et al., 2009; Núñez, Pérez y Castro, 2017).

Como hemos comprobado, uno de entre los muchos factores importantes en la salud mental es el modo de vida del sujeto, es decir, sus condiciones y estilo de vida. Teniendo en cuenta que las personas pertenecemos, vivimos y nos desarrollamos en un grupo social primario como es la familia, será importante observar el modo de vida familiar. Asimismo, es sustancial comprobar si ocurren interacciones con diversas variables, que pueden estar actuando como protectores o como factores de vulnerabilidad sobre la presencia o ausencia de síntomas psicológicos. Debido a esto, en la presente investigación se estudiará la variable de la diferenciación y su interacción con los estilos parentales educativos, sobre los síntomas psicopatológicos. Por ende, a continuación, veremos los resultados alcanzados en el ámbito de los estilos parentales en relación con los síntomas psicopatológicos.

1.3. Estilos parentales y los síntomas psicopatológicos

A pesar de la mejora en los modelos de crianza a lo largo de los años, cada individuo tiene un estilo educativo determinado, el cual puede ser o no ser conveniente para el hijo. Se ha podido observar en muchos estudios que es uno de los factores exógenos que participa en la etiología de la psicopatología.

El estudio de los estilos parentales se ha realizado tanto de forma categorial como dimensional. Las dimensiones globales que se han utilizado normalmente son las de respuesta (cariño, diálogo, contención, implicación, apoyo y calidez) y demanda (límites, exigencias,

castigos, normas, prohibiciones y disciplina) (De la Iglesia, Ongarato y Fernández, 2011). Otra forma ha sido la construcción de categorías, donde la más utilizada fue la de Maccoby y Martin (1983). Este modelo de construcción dividió los estilos parentales en cuatro categorías, usando las dos dimensiones comentadas anteriormente: autoritario (baja respuesta, alta demanda), permisivo (alta respuesta, baja demanda), negligente (baja respuesta, baja demanda) y autoritativo (equilibrio óptimo entre los comportamientos de respuesta y demanda). Asimismo, suele incorporarse el estilo sobreprotector propuesto por Schaefer (1997). Este estilo se caracteriza por tener una respuesta y demanda parental las cuales son llevadas a los extremos y una protección excesiva.

Las investigaciones se han centrado sobre todo en el vínculo madre-hijo, dejando así, en diversas ocasiones, excluido al padre de las conclusiones que se hallaban (e.g.: Suárez y Herrera, 2010; Yáñez, 2006). Sin embargo, son varios los autores que comentan que el vínculo con el padre es igual de importante que el de la madre (e.g.: Bowlby, 1998; Maldonado-Durán, 2005; Pruett y Hoganbruen, 1998: tal como se cita en Suárez et al., 2010) para el desarrollo del hijo. Por ello es importante seguir investigando sobre la figura del padre y el hijo para poder así desarrollar un paradigma comprensivo sobre la paternidad (Suárez et al., 2010).

El estudio de estas dos variables sobre todo se ha realizado con niños y adolescentes, por lo que realizaremos un breve recorrido por los resultados más importantes hasta ahora encontrados. Serra, Claustre y Bonillo (2013) hallaron una asociación entre el estilo sobreprotector y los síntomas somáticos funcionales. Por otro lado, se halló que la baja disciplina se relacionaba con varios síntomas en los niños, como una mayor hiperactividad, problemas de atención y sueño, conductas agresivas, menos habilidades sociales, depresión, retraimiento, somatización, reactividad emocional y ansiedad. A su vez, observaron que los progenitores que mostraban bajo afecto veían a sus hijos más hiperactivos, con problemas de

atención, atipicidad, menores habilidades sociales, agresivos, retraídos y con mayores niveles de ansiedad-depresión (Franco, Pérez y De Dios, 2014). Sin embargo, Steinberg et al. en el año 2006 (tal como se cita en: Villouta et al., 2013) encontraron que el estilo autoritario se relacionaba con la baja competencia social y autoestima de los niños. Mientras que Konopka et al. (2018) descubrieron que el poco control y la falta de apoyo emocional tenían una relación positiva con el comportamiento agresivo en los niños. En lo referido a los adolescentes, se ha encontrado que la sintomatología externalizante está relacionada con un estilo educativo negligente, el estilo educativo autoritario, el control psicológico y el bajo afecto (Antón, Seguí, Antón y Barrera, 2016; Raya, 2008; tal como se cita en: Villouta et al., 2013; Rodríguez, Antolín y Oliva, 2017; Ruiz, 2016; Vallejo, Osorno y Mazadiego, 2008). Por otro lado, se ha descubierto que las variables que más afectan a la salud psíquica son la poca revelación, el bajo afecto y el control psicológico (Alcázar, Parada y Alcázar, 2014; Antón et al., 2016; Florenzano et al., 2009; Pérez et al., 2013; Rodríguez et al., 2017). También encontraron que el estilo negligente y autoritario están vinculados a la depresión en el hijo (Iglesias y Romero, 2009; Vallejo et al., 2008). El hecho de que tanto el estilo negligente como el autoritario tengan relación con los mismos síntomas podría deberse a que ambos presentan puntuaciones bajas en aceptación/implicación. El abuso de sustancias se ha encontrado relacionado con el estilo autoritario, con el control excesivo, la frialdad emocional, el castigo físico y la permisividad de los padres (Konopka et al., 2018; Mezquita et al., 2006; Ruiz, 2016). A su vez, se ha descubierto que el TDAH está relacionado con una baja aceptación y afecto, así como con un nivel alto de crítica por parte de los padres (González, Bakker y Rubiales, 2014). Por otro lado, las personas con trastornos obsesivos compulsivos perciben a sus padres con un alto rechazo y baja calidez emocional hacia ellos (Alonso et al., 2001). Se han hallado relaciones entre los desórdenes alimenticios y los estilos educativos negligentes, permisivos y autoritarios (Bolaños et al., 2011; Losada y Charro,

2018). Para concluir con la etapa adolescente, se han encontrado resultados que corroboran que ciertos comportamientos de crianza perjudiciales provocan en los adolescentes esquemas no adaptativos con patrones de pensamientos distorsionados (Muris, 2006). Esto se relaciona con trastornos de ansiedad, depresión, comportamiento perturbador, problemas de alimentación y consumo de sustancias. Relaciones que ya han sido verificadas por otros estudios comentados anteriormente.

Por otro lado, se han realizado estudios sobre la variable de los estilos parentales en población adulta, aunque en menor proporción que en los ciclos vitales anteriores. Entre ellos está la de Saavedra y Salirrosas (2014), los cuales encontraron resultados que asociaban las dimensiones de baja calidez en la infancia, rechazo de los padres, control, sobreprotección y favoritismo con depresión a lo largo de la vida. A su vez, las dimensiones de rechazo, control, sobreprotección y favoritismo se asociaban a depresión con riesgo suicida. En la línea de los estilos parentales sobreprotectores que se relacionan con la aparición de síntomas están los resultados del estudio de Körük, Öztürk y Kara (2016). Se realizó con estudiantes universitarios de Turquía. No obstante, la clasificación de los estilos parentales era diferente a la usada hasta ahora. Observaron que los estilos de crianza que predecían la mayoría de síntomas psicológicos eran donde la madre era pesimista/temerosa, la madre capciosa y que menosprecia y el padre sobreprotector/preocupado. Nuevamente, se investigó en población universitaria y se encontró que el estilo parental sobreprotector se relacionaba positivamente con padecer TDAH (Chang y Shur-Fen, 2014). El estudio de Harris y Curtin (2002) encontró en la población adulta que las experiencias iniciales en la crianza de los hijos están relacionadas con los esquemas cognitivos y síntomas depresivos. Los esquemas desadaptativos tempranos como la deficiencia/vergüenza, autocontrol insuficiente, vulnerabilidad y la incompetencia/inferioridad están más asociados a los síntomas depresivos dependiendo del estilo educativo de los padres. En una muestra de adultos drogodependientes

en tratamiento se observó, a la luz de los resultados, que sus padres habían ejercido estilos parentales en su mayoría rechazantes y sobreprotectores (Berrueco, 2017). Hock et al. (2018) declararon que los trastornos y síntomas depresivos aumentaban durante la transición a la edad adulta. Realizaron una evaluación de los estilos de crianza percibidos en personas de 18 años. Al cumplir los 21 evaluaron si estas mismas personas padecían algún síntoma depresivo. Se comprobó que los estilos de maternidad autoritarios y negligentes se asociaban positivamente con síntomas depresivos en las mujeres. Sin embargo, el estilo maternal autoritario se asoció de forma negativa con los síntomas depresivos en los hombres. Se pudo comprobar lo mismo en personas ancianas, pues los resultados del estudio de Zhong, Wu, Nie et al. (2016) mostraban que los que habían vivido bajo estilos parentales autoritarios tenían niveles más altos de depresión, ansiedad y menor capacidad de recuperación mental. Asimismo, Rodgers (2009) vio en personas de 36 a 43 años que la prevalencia de puntuaciones altas en síntomas era mayor cuando el estilo parental percibido de sus padres había sido con bajo control y sin afecto que en aquellos con bajo nivel en control, pero alto en atención. Por su parte, Titus, Rose y Roman (2015) encontraron que un estilo autoritario o permisivo en la niñez produce un ajuste menos positivo en el adulto que cuando es autoritativo.

Se puede comprobar que el estudio de los estilos parentales y su relación con los hijos ha estado centrado sobre todo en la población infantil y adolescente, sin dar la misma importancia a la población adulta joven. Esto es pernicioso ya que todos los periodos del ciclo vital son igual de importantes para dicho estudio. Esto se puede observar al realizar una revisión de las investigaciones que hay respecto al tema y compararlas con las pocas que se encuentran sobre los adultos jóvenes. A su vez, resulta arduo encontrar cuestionarios para medir los estilos parentales percibidos en este tipo de población, algo que se corrobora en el

estudio de De la Iglesia et al. (2011). Por lo que es imprescindible seguir investigando en este ámbito con poblaciones diferentes a las que se ha realizado hasta ahora.

Por otro lado, hasta el momento, la mayoría de las investigaciones en las que se relacionan los estilos parentales y los síntomas psicopatológicos, suelen estar más centradas en trastornos o problemas en concreto y no observan varios trastornos o síntomas que se pudieran dar. A su vez, en varias ocasiones se estudian los estilos parentales basándose en sus dimensiones (calor emocional, castigo físico, comunicación...) en vez de basarse en las categorías de los estilos educativos parentales (sobrepotección, autoritario, negligente, autoritativo y permisivo). Debido a esto, es más difícil poder identificar con mayor concreción que tipos de estilos parentales pueden llegar a relacionarse con ciertos síntomas o trastornos. Por ende, se necesitan un mayor número de estudios para lograr identificar más problemas y soluciones en estos ámbitos. Además, pocas veces se buscan variables que interaccionan entre los estilos parentales y los síntomas psicopatológicos. Por esta razón, no podemos conocer si hay factores que pueden estar alterando la presencia o ausencia de ciertos síntomas.

1.4. La diferenciación del sí-mismo y los síntomas psicopatológicos.

La diferenciación del sí-mismo está relacionada con los síntomas psicopatológicos, aunque se ha estudiado menos sobre ella. Este término proviene de la perspectiva *sistémica*. Bowen en 1978 definió la diferenciación como (p.15, tal como se cita en: Rubio y Estanislao, 2016): “El grado en que cada persona es capaz de separarse del campo emocional de la familia, consiste básicamente en que el individuo puede distinguir entre sus emociones y sus pensamientos, además de comportarse más como persona que como parte del grupo familiar”. Este mismo autor (Bowen, 1978; tal como se cita en: Vargas, Ibáñez, Tamayo, 2013) enunció que es la capacidad de la persona de ser autónomo sin sentir que está excluido del grupo y que tiene la capacidad de ver con objetividad lo que acontece dentro del mismo. El grado de

diferenciación de las personas delimita el impacto que el resto de las personas y los acontecimientos externos ocasionan en el individuo. Para que esta diferenciación ocurra, entre otras cosas, los límites de cercanía-lejanía tienen que ser amplios y la familia tiene que ser tolerante a los cambios (Ibáñez, Guzmán y Vargas, 2010). Este manejo de la cercanía-lejanía se produce en la adolescencia tardía y en el periodo del adulto joven es donde puede llegar a darse esta diferenciación o falta de ella (Pine y Bergman, 1975; tal como se cita en: Vargas et al., 2013). Cada persona nace en simbiosis con su madre, lo cual se da en el transcurso de la niñez, pero conforme va madurando alcanza su independencia e individualidad dentro del contexto familiar (Esperanza, 2015).

A su vez, hay datos que muestran como la diferenciación del sí-mismo está relacionada con los síntomas psicopatológicos. Kerr y Bowen (1988; tal como se cita en: Ibáñez, González, Vargas y Narciso, 2018) afirmaron que las personas más diferenciadas son más flexibles y autónomas, toleran el estrés y tienen una visión realista de ellos mismos. Asimismo, los individuos menos diferenciados sufren ansiedad constante, son dependientes, se fusionan en sus relaciones y suelen desarrollar síntomas hasta en situaciones de bajo estrés, además de presentar una alta reactividad emocional. Harrison (2015) expresa que los síntomas manifiestan el esfuerzo de una familia por adaptarse a los cambios que se dan en sus patrones habituales de relación y reacción. Cuando hay una baja diferenciación, la fusión emocional entre todas las personas de la familia aumenta la ansiedad. Skowron y Friedlander (1992; tal como se cita en Ibáñez et al., 2010), creadores del “*Inventario de diferenciación del yo*”, hallaron que la baja diferenciación del yo correlacionaba significativamente con la cantidad e intensidad de los síntomas de distress, ansiedad crónica y peor ajuste psicológico, entre otros. En la misma línea que los anteriores resultados hallados, se encontró que las personas con alta diferenciación presentaban menos síntomas psicopatológicos y mayor bienestar psicológico que las personas que tenían un nivel bajo de diferenciación (Murdock y

Gore, 2004; Skowron, Holmes y Sabatelli, 2003). García (2013) después de realizar los análisis necesarios se dio cuenta de que la diferenciación del sí mismo es un factor fundamental que determina la gravedad del trastorno bipolar. La baja diferenciación empeoraba sus problemas para mantenerse calmado ante la emotividad del resto y la tendencia a establecer relaciones fusionadas. Además, los individuos que presentaban un menor grado de sufrimiento psíquico y psicossomático tenían más capacidad de diferenciación, además de menos hipersensibilidad e ideación paranoide en sus relaciones personales. Sanmartín (2017) observó también que una mayor diferenciación hacía que se tuviesen valores diagnósticos más bajos en el trastorno de la conducta alimentaria. En la línea de los trastornos de conductas alimentarias, D'angelo en 1999 encontró que probablemente los hijos aprendan a depender de su familia por ciertas frases que se les dice en la infancia como: "las cosas se deben hacer correctamente", "la aprobación es un medio para adquirir tranquilidad", etc. Debido a esto, no tienen estrategias emocionales para enfrentarse a los fracasos y no consiguen una diferenciación del sí mismo. Ante esto, en la sociedad en la que vivimos es normal que durante el desarrollo se compense la impotencia por no saber resolver situaciones conflictivas con la manipulación del peso corporal, la búsqueda de la perfección o la transformación del cuerpo. Esto se traduce en una gran lucha por el control corporal que nunca se consigue. Asimismo, en varias investigaciones se pudo observar que la baja diferenciación estaba relacionada con el trastorno depresivo mayor, la ansiedad social y el estrés (Elieson y Rubin, 2001; Ibáñez, Vargas y Zaira, 2009; Peleg, 2002). Mientras que una alta diferenciación estaba relacionada con un menor grado de ansiedad y mejor autorregulación emocional (Duch, 2018).

A pesar de todo esto, la investigación llevada a cabo por Vargas, Ibáñez y Armas (2009) dice que la diferenciación no es una medida de la salud mental que posee una persona, ya que alguien con una diferenciación baja puede llegar a vivir sin síntomas ni patologías si

vive en un ambiente estructurado y sin problemas muy graves. Aunque sí que acepta el hecho de que una persona más diferenciada tiene más recursos para salir de un problema o de algo que le esté afectando, mientras que un individuo con diferenciación baja le costaría más trabajo salir de un problema y afrontar el estrés.

Después de un breve recorrido por los estudios realizados hasta el momento sobre el concepto de diferenciación y su relación con los síntomas o trastornos mentales, podemos comprobar que estos están centrados en trastornos o síntomas en concreto y no miden varios de ellos a la vez. Esto también sucedía al observar las investigaciones que relacionaban los estilos parentales con los síntomas psicopatológicos. Además, la controversia establecida por Vargas et al. en 2009 suscita el estudio de la variable con una mayor profundidad y variedad.

Por lo tanto, y como conclusión a esta revisión, sabemos que los estilos parentales educativos y la diferenciación, por separado, están relacionados con los síntomas. Sin embargo, se destaca la ausencia de investigación específica que haya comprobado si existe interacción entre los estilos parentales educativos y la diferenciación sobre los síntomas psicológicos. Asimismo, no solo es interesante realizar esta investigación con personas mayores de 18 años por la falta de estudios con adultos jóvenes que se comentó anteriormente, sino porque la diferenciación se va realizando en la adolescencia tardía, pero sobre todo se asienta más cuando uno es adulto. Esto es debido, a que es también en esta etapa cuando los hijos empiezan a crear nuevos sistemas, como una nueva familia. Además, el hijo en un principio está unido a los padres, pero poco a poco va consiguiendo su autonomía, lo cual es un proceso. Estos son sucesos que ayudan a realizar esa diferenciación. Por ende, es determinante este estudio para descubrir otros aspectos que se puedan trabajar en terapia y así ayudar al individuo desde diversas dimensiones. A su vez, podrán realizarse nuevos programas de intervención enfocados en otras variables que puedan encontrarse interesantes para algunos temas específicos.

2. Objetivo e hipótesis

Recogiendo todo lo expuesto anteriormente, el objetivo del presente estudio es analizar si existen diferencias en la presencia de síntomas psicopatológicos en un individuo según el estilo parental vivido y el nivel de diferenciación.

En relación a este objetivo se plantea la siguiente hipótesis: se esperan encontrar diferencias en los síntomas psicopatológicos (hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, agorafobia, ideación paranoide y psicoticismo) según el estilo parental paterno y el nivel de diferenciación, de tal modo que aquellas personas que hayan vivido bajo un estilo parental negativo (autoritario y negligente), pero con un alto nivel de diferenciación presentarán menos síntomas psicopatológicos que aquellos con un menor nivel de diferenciación. Por otro lado, aquellas personas que tienen un estilo educativo positivo (autoritativo) y presentan un alto nivel de diferenciación poseerán menos síntomas psicopatológicos que aquellos individuos que presenten un menor nivel de diferenciación.

3. Método

3.1. Participantes

En la investigación se ha seleccionado una muestra de 200 personas mediante un muestreo no probabilístico de bola de nieve, ya que solo se contactó con una parte de los participantes y estos facilitaron el cuestionario al resto.

Los criterios de inclusión para poder participar en el estudio fue que su rango de edad se encontrase entre los 18 y 30 años. Esto es debido a que es a partir de los 18 años de edad cuando se comienza a dar una mayor diferenciación del sí mismo, si es que esto fuese a suceder. A su vez, se limitó la edad hasta los 30 años ya que si se aumentaba podían surgir diferencias, por ejemplo, por algunas variables extrañas que pudiesen estar influyendo en

otras edades más avanzadas. Por último, una vez recogidos todos los resultados, se añadió un nuevo criterio. Solo se seleccionó a los participantes que tenían un estilo negligente, autoritario y autoritativo. Esto fue debido a que los estilos permisivo y sobreprotector tenían un tamaño muestral pequeño.

La muestra definitiva es de un total de 173 personas, donde 69 personas han tenido un estilo parental autoritario, 53 lo han tenido negligente y el autoritativo lo presentan 51. Respecto a los niveles de diferenciación, 46 tienen una diferenciación media del sí mismo, mientras que 126 poseen un nivel alto de diferenciación. Sin embargo, ninguno ha presentado un nivel bajo de diferenciación. Tienen edades comprendidas entre los 18 y 30 años, con una media de edad de 24, 41 años y una desviación típica de 4,00. En cuanto al género, hay 51 integrantes que son hombres y 122 son mujeres, lo que corresponde a un porcentaje de 29,5% y 70,5% respectivamente. Estos individuos se encuentran en España y otros países, como Venezuela, Perú, Guatemala, EEUU, Ecuador, Brasil, República Dominicana, Nicaragua, Panamá, Chile, Alemania, Argentina, México, Colombia y Paraguay.

3.2. Variables e instrumentos

3.2.1. Características sociodemográficas

Mediante unas preguntas específicas se ha evaluado el sexo, la edad, los últimos estudios realizados, si trabaja actualmente o se encuentra en paro, el estado civil, con quien vive en la actualidad y la localidad en la que se encuentra. Sin embargo, estas preguntas y sus respectivos datos no han sido de interés para los análisis finales realizados en el presente estudio.

3.2.2. Estilos parentales

Respecto a una de las variables independientes del estudio, los estilos parentales, se ha medido con la *Escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida (EPIPP)* de la

Iglesia, Ongarato y Fernández (2011). Fue validado en población joven adulta en el año 2014 por De la Iglesia, Stover, Freiberg y Fernández, en la ciudad de Buenos Aires. También fue validada en Venezuela con estudiantes universitarios en el año 2014 por Valdés y Pujol.

Se compone de 24 ítems organizados en 6 dimensiones. Véanse a continuación las dimensiones: afecto, diálogo, indiferencia, coerción verbal, coerción física, y prohibición. Las respuestas se contestan para la madre por un lado y para el padre por otro. Es un formato tipo Likert con 4 opciones: nunca, algunas veces, muchas veces y siempre.

De la Iglesia et al. (2011) no informó sobre el alfa de Cronbach para la totalidad de la escala. Sin embargo, sí delimita el pertinente para cada dimensión: siendo un $\alpha=0,753$ para el afecto, un $\alpha=0,691$ para el diálogo, un $\alpha=0,569$ para la indiferencia, un $\alpha=0,656$ para la coerción verbal, un $\alpha=0,749$ para la coerción física y un $\alpha=0,652$ para la prohibición. Se observa una buena consistencia interna en la mayoría de las subescalas teniendo en cuenta el número de ítems que la constituyen. El valor inferior, aunque aceptable de la dimensión de indiferencia puede ser debido a la dificultad de comprensión de determinados ítems por su formulación negativa. Más adelante, Elvira et al., (2014) muestran análisis de fiabilidad para toda la escala, donde la versión para la madre obtuvo un $\alpha=0,755$ y la versión para el padre un $\alpha=0,808$, cuyos coeficientes son altos. Además, obtuvo en cada dimensión valores por encima del $\alpha=0,6$ por lo que se muestra una mayor fiabilidad que en la anterior validación.

3.2.3. Síntomas psicopatológicos

En cuanto a la variable dependiente, síntomas psicopatológicos, se midió mediante el *SA-45: forma abreviada del SCL-90 (Symptom Assessment-45 Questionnaire)* creado en 1997 por Davison et al. Se empleó la versión española validada en 2008 por Sandín et al.

Este cuestionario evalúa las mismas dimensiones que el SCL-90-R. Dichas dimensiones son la hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad,

sensibilidad interpersonal, agorafobia, ideación paranoide y psicoticismo. Es una escala tipo Likert: 0 (“nada en absoluto”) y 4 (“mucho”).

La fiabilidad para la escala total de la versión española fue de $\alpha=0,95$. También se obtuvieron los coeficientes Alfa de Cronbach para cada dimensión, donde la inferior fue de $\alpha=0,70$, mientras que la mayoría fue igual o superior a $\alpha=0,80$ (Sadín et al., 2008).

3.2.4 Diferenciación del sí mismo

La otra variable independiente del estudio, diferenciación del sí mismo, se midió mediante el *Inventario de Diferenciación del Sí-mismo (DSI)* creado por Skowron y Friedlander en el año 1992 y diseñado para adultos. No obstante, en el presente estudio se ha usado la versión española validada en 2013 por Vargas et al.

Esta escala consta de 43 ítems y está dividido en 4 subescalas: reactividad emocional, posición del yo, desconexión emocional y fusión con otros. Con estas subescalas se está evaluando la diferenciación a nivel intrapsíquico, es decir, la capacidad para distinguir los pensamientos de los sentimientos y elegir cuál de los dos guiará sus conductas; y a nivel interpersonal, o lo que es lo mismo, la habilidad de tener intimidad e independencia en sus relaciones. Está formada por una escala tipo Likert: 1 (“me describe poco”) a 6 (“me describe mucho”).

Skowron y Friedlander (1992) corroboraron un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,88$ para todo el instrumento y determinaron los coeficientes para cada subescala: $\alpha=0,88$ para la reactividad emocional, $\alpha=0,85$ para la posición del yo, $\alpha=0,79$ para la desconexión emocional y $\alpha=0,70$ para la fusión con otros. Todos los coeficientes son altos por lo que se concluye que la escala posee un buen índice de fiabilidad. En la versión española se encontró un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,77$ en toda la escala (Vargas et al., 2013). No obstante, en esta última no aparece el coeficiente de fiabilidad de cada subescala por separado.

3.3. Procedimiento y diseño

Se ha realizado un estudio cuantitativo de carácter analítico, transversal, retrospectivo y cuyo diseño es no experimental correlacional sin grupos.

Se contactó con diferentes personas, cuyo rango de edad se encontraba entre los 18 y 30 años, para la realización del estudio. Mediante el procedimiento de bola de nieve los participantes contestaron a un cuestionario proporcionado vía on-line por la plataforma de Google Forms. Este constaba del consentimiento informado donde se les indicaba las características del estudio, la confidencialidad, el contacto de la responsable de la investigación, su derecho a retirarse en cualquier momento y el empleo de los datos acorde a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. Si el consentimiento informado era rechazado o la edad no se encontraba en el rango preestablecido terminaba ahí su participación. A partir del consentimiento informado, se encontraba un primer apartado con preguntas sociodemográficas y a continuación se hallaban los tres cuestionarios usados en la investigación, con sus respectivas instrucciones antes de comenzar cada uno de ellos.

3.4. Análisis de datos

Primero se ha hallado el Alfa de Cronbach de cada cuestionario utilizado en el presente estudio con el objetivo de medir la fiabilidad de los mismos y comprobar si los ítems están relacionados entre sí. Luego se han realizado tres análisis descriptivos para conocer el comportamiento y la distribución de las variables en la muestra y para facilitar la interpretación de los resultados de la prueba que se hizo a continuación.

Posteriormente, se ha realizado un análisis de varianza multifactorial mediante un ANOVA de II factores con interacción, donde las variables independientes son la diferenciación del sí-mismo y los estilos parentales y la variable dependiente son los síntomas

psicopatológicos. Dicho análisis se realizó con el objetivo de obtener el efecto de la interacción de las variables independientes sobre la dependiente.

Todos los análisis estadísticos del presente estudio se han realizado mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 24.

4. Resultados

4.1. Análisis de fiabilidad de las escalas de medida

En la *Escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida (EPIPP)* se han hallado los siguientes datos de fiabilidad: $\alpha=0,774$ para la escala total de la versión del padre. Las diferentes subescalas de la versión del padre obtuvieron estos coeficientes de fiabilidad: $\alpha=0,802$ en afecto, $\alpha=0,832$ en diálogo, $\alpha=0,558$ en indiferencia, $\alpha=0,749$ en coerción verbal, $\alpha=0,778$ en coerción física y $\alpha=0,756$ en prohibición. Todos los valores del Alfa de Cronbach fueron altos, excepto la dimensión de indiferencia, lo cual significa que los ítems de esa dimensión no están muy relacionados entre sí.

A continuación, en la escala del *SA-45: forma abreviada del SCL-90 (Symptom Assessment-45 Questionnaire)* se encontró que la consistencia interna estimada en el presente estudio para la escala total es de $\alpha=0,964$. En cada subescala se encontraron los coeficientes de fiabilidad siguientes: hostilidad $\alpha=0,856$; somatización $\alpha=0,825$; depresión $\alpha=0,887$; obsesión-compulsión $\alpha=0,815$; ansiedad $\alpha=0,875$; sensibilidad interpersonal $\alpha=0,828$; agorafobia $\alpha=0,863$; ideación paranoide $\alpha=0,717$ y psicoticismo $\alpha=0,735$. En esta escala, todos los valores de Alfa de Cronbach fueron altos, por lo que se puede asegurar que mide lo que dice que mide, que los ítems tienen relación entre sí y que es fiable.

Por último, en el *Inventario de Diferenciación del Sí-mismo (DSI)* el valor de Alfa de Cronbach de la escala total de este estudio fue de $\alpha=0,799$. Los coeficientes de fiabilidad de cada subescala son $\alpha=0,859$ en reactividad emocional, $\alpha=0,611$ en posición del yo, $\alpha=0,807$

en desconexión emocional y $\alpha=0,668$ en fusión con otros. Se puede observar como dos de las dimensiones del inventario tienen coeficientes bajos, por lo que sus ítems no deben estar midiendo todos lo mismo, ni yendo en la misma dirección.

4.2. ANOVA de II factores con interacción y análisis descriptivos

Para empezar, se realizó un análisis descriptivo para poder tener una visión global de las puntuaciones que se han obtenido en la prueba. En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos de las variables independientes (estilos parentales paternos y los niveles de diferenciación).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de los estilos educativos parentales y los niveles de diferenciación

Síntomas	Estilos parentales	Nivel de diferenciación	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Hostilidad	Autoritario	Medio	1,92	2,53
		Alto	5,32	4,71
	Negligente	Medio	0,15	0,55
		Alto	4,85	4,66
	Autoritativo	Medio	1,23	2,38
		Alto	4,47	5,05
Somatización	Autoritario	Medio	4,15	4,77
		Alto	7,60	4,89
	Negligente	Medio	3,53	5,39
		Alto	5,72	4,71
	Autoritativo	Medio	2,11	2,75
		Alto	6,17	4,82

		Medio	5,38	6,38
		Alto	10,10	5,46
Depresión	Autoritario	Medio	3,30	4,57
		Alto	9,25	6,01
	Autoritativo	Medio	3,70	3,45
		Alto	8,97	5,55
Obsesión- Comp.	Autoritario	Medio	5,38	5,37
		Alto	8,98	4,68
	Negligente	Medio	4,84	4,20
		Alto	8,42	5,06
	Autoritativo	Medio	4,17	3,53
		Alto	7,76	4,97
Ansiedad	Autoritario	Medio	4,84	5,38
		Alto	8,87	5,57
	Negligente	Medio	3,00	4,63
		Alto	7,10	5,38
	Autoritativo	Medio	2,88	3,14
		Alto	7,70	5,43
Sensibilidad interp.	Autoritario	Medio	4,46	4,29
		Alto	9,23	4,97
	Negligente	Medio	2,30	3,25
		Alto	8,30	5,64
	Autoritativo	Medio	2,29	2,46
		Alto	7,67	4,75
Agorafobia	Autoritario	Medio	2,84	5,45
		Alto	4,75	4,99
	Negligente	Medio	1,76	3,89
		Alto	3,57	4,59
	Autoritativo	Medio	2,05	3,24
		Alto	4,20	5,38
Ideación paranoide	Autoritario	Medio	5,30	4,90
		Alto	7,96	4,45
	Negligente	Medio	2,76	2,35
		Alto	7,20	4,30

		Medio	3,00	3,12
		Alto	7,17	3,64
	Autoritario	Medio	1,00	1,47
		Alto	4,08	3,99
Psicoticismo	Negligente	Medio	1,23	2,04
		Alto	3,00	3,95
	Autoritativo	Medio	0,58	1,50
		Alto	3,70	3,38

Nota. Obsesión-Comp.= Obsesión-Compulsión; Sensibilidad interp.= Sensibilidad interpersonal; *M*=Media; *D.T*= Desviación Típica. *N*= 13 autoritario y nivel medio; *N*= 56 autoritario y nivel alto; *N*= 13 negligente y nivel medio; *N*= 40 negligente y nivel alto; *N*= 17 autoritativo y nivel medio; *N*= 34 autoritativo y nivel alto.

Como se puede observar en la Tabla 1, los niveles altos de diferenciación presentan en todas las ocasiones medias más altas que los niveles bajos. Las medias más altas son las del estilo autoritario y negligente en los niveles altos de diferenciación en el síntoma de depresión, así como la del estilo autoritario en el nivel alto de diferenciación en el síntoma de sensibilidad interpersonal.

Por otro lado, el estilo autoritario es el que presenta medias más altas en todos los síntomas y todos los niveles de diferenciación, excepto en psicoticismo, ya que el nivel medio del estilo autoritario tiene una media menor que el nivel medio del estilo negligente, aunque la diferencia es mínima. Asimismo, el estilo negligente es superado en la media por el estilo autoritativo en el nivel medio de diferenciación en los síntomas de hostilidad, depresión e ideación paranoide; y es superado en el nivel alto de diferenciación en los síntomas de somatización, ansiedad y psicoticismo. No obstante, el síntoma obsesivo-compulsivo se presenta en las personas que han vivido bajo estilos parentales negativos más que en los que han vivido bajo el estilo autoritativo. Por último, el síntoma de agorafobia tiene una media más alta en el estilo autoritativo en ambos niveles de diferenciación, comparado con el estilo

negligente. Aunque las diferencias de medias comentadas no son muy altas, solo de unos pocos decimales.

A pesar, de las diferencias mostradas, la Tabla 2 nos lleva a rechazar la hipótesis planteada, dado que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de sintomatología según el estilo educativo paterno y el nivel de diferenciación.

Para comprobar si el factor 1 (diferenciación del sí mismo), el factor 2 (estilos educativos parentales) o la interacción de ambos factores están relacionados con los síntomas psicopatológicos se realizó un *ANOVA de II factores*. Los resultados se pueden ver en la Tabla 2.

Tabla 2

ANOVA de II factores con interacción

Síntomas	Factores e interacción	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	η^2
Hostilidad	Diferenciación	24,35	0,00*	0,07
	E. parentales	0,73	0,48	
	EP y DIF	0,35	0,70	
Somatización	Diferenciación	14,91	0,00*	0,03
	E. parentales	1,55	0,21	
	EP y DIF	0,42	0,65	
Depresión	Diferenciación	29,71	0,00*	0,05
	E. parentales	0,96	0,38	
	EP y DIF	0,12	0,88	
Obsesión-Comp.	Diferenciación	17,93	0,00*	0,02
	E. parentales	0,71	0,49	
	EP y DIF	0,00	1,00	
Ansiedad	Diferenciación	21,48	0,00*	0,04
	E. parentales	1,47	0,23	
	EP y DIF	0,07	0,92	
Sensibilidad interp.	Diferenciación	40,19	0,00*	0,06
	E. parentales	1,86	0,15	
	EP y DIF	0,16	0,84	

Agorafobia	Diferenciación	5,20	0,02**	0,01
	E. parentales	0,56	0,56	
	EP y DIF	0,01	0,98	
Ideación paranoide	Diferenciación	26,88	0,00*	0,04
	E. parentales	2,17	0,11	
	EP y DIF	0,58	0,56	
Psicoticismo	Diferenciación	18,85	0,00*	0,05
	E. parentales	0,20	0,81	
	EP y DIF	0,51	0,60	

Nota. Obsesión-Comp.= Obsesión-Compulsión; Sensibilidad interp.= Sensibilidad interpersonal; E. parentales= Estilos parentales; EP= Estilos parentales; DIF= Diferenciación; *F*= Resultado prueba ANOVA; *Sig.*= Significación estadística. η^2 = Eta-cuadrado (tamaño del efecto). $ES(\eta^2) \leq 0,02$; $0,02 < ES(\eta^2) \leq 0,09$; $ES(\eta^2) > 0,09$. * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

Como se observa en la Tabla 2, en la interacción entre estilos parentales, niveles de diferenciación y síntomas no se muestran diferencias significativas, lo cual ocurre en todos los síntomas psicopatológicos. Con esta información, se rechaza la hipótesis de la presente investigación, dado que se esperaba encontrar una interacción entre los dos factores de la investigación y los síntomas psicopatológicos.

Tampoco aparecen diferencias significativas en cuanto a los estilos parentales para cada síntoma. Sin embargo, si se han encontrado diferencias altamente significativas entre los distintos niveles de diferenciación y cada uno de los síntomas. Esto ocurre por igual en todos los síntomas, siendo el menos significativo el síntoma de agorafobia. Estas diferencias están más explicadas en la Tabla 4, donde se vio que los síntomas psicopatológicos están más presentes cuando el individuo tiene mayores niveles de diferenciación del sí mismo.

No obstante, en relación a las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los niveles de diferenciación y los síntomas, se hallaron efectos moderados en todos los tamaños del efecto, excepto en los síntomas de obsesión-compulsión y agorafobia que el efecto fue débil.

Al analizar los efectos principales de las variables independientes se realizaron los estadísticos descriptivos de las variables de los estilos parentales y los síntomas psicopatológicos que se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de los estilos educativos parentales y los síntomas psicopatológicos

Síntomas	Estilos parentales	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Hostilidad	Autoritario	4,68	4,57
	Negligente	3,69	4,53
	Autoritativo	3,39	4,59
Somatización	Autoritario	6,95	5,02
	Negligente	5,18	4,92
	Autoritativo	4,82	4,63
Depresión	Autoritario	9,21	5,90
	Negligente	7,79	6,21
	Autoritativo	7,21	5,52
Obsesión-Comp.	Autoritario	8,30	4,98
	Negligente	7,54	5,07
	Autoritativo	6,56	4,82
Ansiedad	Autoritario	8,11	5,72
	Negligente	6,04	5,46
	Autoritativo	6,09	5,28
Sensibilidad interp.	Autoritario	8,33	5,18
	Negligente	6,83	5,75
	Autoritativo	5,88	4,84
Agorafobia	Autoritario	4,39	5,09
	Negligente	3,13	4,46
	Autoritativo	3,49	4,85
Ideación paranoide	Autoritario	7,46	4,62
	Negligente	6,11	4,34
	Autoritativo	5,78	3,98
Psicoticismo	Autoritario	3,50	3,84
	Negligente	2,56	3,64
	Autoritativo	2,66	3,23

Nota. Obsesión-Comp.= Obsesión-Compulsión; Sensibilidad interp.= Sensibilidad interpersonal; *M*=Media; *D.T*= Desviación Típica. *N*= 69 autoritario; *N*=53 negligente; *N*=51 autoritativo.

Como se puede comprobar en la Tabla 3 las personas que poseen más síntomas psicopatológicos son las que han vivido bajo estilos parentales autoritarios. El estilo negligente también se presenta en individuos con un mayor número de síntomas comparado con los que tienen estilos autoritativos. Sin embargo, en los síntomas de ansiedad, de agorafobia y de psicoticismo ocurre lo contrario, ya que tienen más síntomas los que poseen un estilo parental positivo (autoritativo). Aunque las diferencias de medias en estos no son muy altas. No obstante, a pesar de las diferencias mostradas, no se halló diferencias estadísticamente significativas, por lo que no hay relación entre los estilos educativos y los síntomas psicopatológicos, como se muestra en la Tabla 2.

Nuevamente, al analizar los efectos principales de las variables independientes se hallaron los estadísticos descriptivos de los síntomas psicopatológicos en los distintos niveles de la variable de diferenciación, los cuales se pueden ver en la Tabla 4.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de los distintos niveles de diferenciación y los síntomas psicopatológicos

Síntomas	Nivel de diferenciación	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Hostilidad	Medio	1,11	2,14
	Alto	4,95	4,76
Somatización	Medio	3,16	4,30
	Alto	6,65	4,85
Depresión	Medio	4,09	4,78
	Alto	9,54	5,64
Obsesión-Comp.	Medio	4,74	4,28
	Alto	8,49	4,86

Ansiedad	Medio	3,51	4,35
	Alto	8,02	5,49
Sensibilidad interp.	Medio	2,95	3,40
	Alto	8,53	5,14
Agorafobia	Medio	2,20	4,13
	Alto	4,24	4,96
Ideación paranoide	Medio	3,62	3,66
	Alto	7,52	4,19
Psicoticismo	Medio	0,90	1,65
	Alto	3,65	3,83

Nota. Obsesión-Comp.= Obsesión-Compulsión; Sensibilidad interp.= Sensibilidad interpersonal; *M*=Media; *D.T*= Desviación Típica. *N*= 0 bajo; *N*=43 medio; *N*=130 alto.

En la Tabla 4 se puede observar que las personas que presentan más síntomas psicopatológicos son las que tienen un nivel alto de diferenciación. Además, las diferencias en las medias de cada nivel de diferenciación son altas, siendo la mínima la de agorafobia, mientras que la que más diferencia de medias tiene entre niveles es el síntoma de sensibilidad interpersonal. En la tabla 2 se comprobó que había diferencias estadísticamente significativas, por lo que la diferenciación está relacionada con los síntomas psicopatológicos.

5. Discusión

El objetivo principal de este trabajo era analizar si existían diferencias en la presencia de síntomas psicopatológicos en una persona según el estilo paternal vivido y el nivel de diferenciación.

La hipótesis era que se esperaba encontrar una interacción entre los estilos parentales educativos y la diferenciación del sí-mismo sobre los síntomas psicopatológicos de manera que, a pesar de que un individuo hubiera vivido bajo un estilo educativo negativo paternal, si el adulto joven tenía un nivel de diferenciación alto presentaría menos síntomas

psicopatológicos que si el nivel era bajo. A su vez, si el estilo educativo paternal hubiese sido positivo y el adulto joven tenía un nivel de diferenciación alto, presentaría menos síntomas psicológicos que si fuese un nivel bajo. Esto aún no había sido estudiado. No obstante, los resultados encontrados han hecho que la hipótesis sea rechazada, dado que no se halló una interacción entre las variables independientes y los síntomas psicopatológicos. Esto podría ser explicado por el bajo número de personas que componen algunos de los grupos ($N= 13$ autoritario y nivel medio; $N= 13$ negligente y nivel medio; $N= 17$ autoritativo y nivel medio), lo cual dificulta la obtención de resultados estadísticamente significativos.

Por otro lado, al realizar el ANOVA de II factores se observó que los estilos parentales negativos no están relacionados con poseer más síntomas psicopatológicos que el estilo positivo (autoritativo), ya que no hubo diferencias significativas. No existen datos en otros estudios que apoyen los resultados encontrados. Únicamente Hock et al. (2018) halló que los estilos maternos autoritarios correlacionaban negativamente con los síntomas depresivos en los hombres. Esto podría significar que los estilos parentales pueden tener consecuencias en los hijos, pero igual no tanto como se cree hasta el momento. Es cierto que ayudan a mejorar o desarrollar ciertos aspectos cuando son positivos, pero puede estar sucediendo que haya otras variables intermedias y que el hecho de padecer un trastorno o síntoma psicopatológico no esté tan determinado por los estilos educativos parentales. Henao, Ramírez y Ramírez (2007) también afirman que las prácticas educativas son facilitadoras, no determinantes. Más aún si se tiene en cuenta que el estudio ha sido realizado con personas adultas, que pueden estar creando nuevos sistemas (nueva familia, pareja, amigos, etc.). Además, debido a la poca investigación realizada con población adulta joven (De la Iglesia et al., 2011), no se tiene certeza sobre la relación de ambas variables. Por otro lado, los pocos estudios realizados con adultos sobre las variables de los estilos educativos parentales y los síntomas psicopatológicos, en su mayoría usan la forma dimensional de estudiar los estilos

educativos parentales (calor emocional, castigo físico, comunicación, etc), en vez de la categorial (autoritario, negligente, autoritativo, etc.) usada en el presente estudio. Y no solo eso, si no que los que usan el sistema categorial no han usado el mismo cuestionario que el que se usa en este estudio. Ocurre lo mismo con el cuestionario de los síntomas psicopatológicos. Todo esto podría estar relacionado con las diferencias encontradas en los resultados de otros estudios.

Asimismo, se ha encontrado que la diferenciación del sí-mismo sí está relacionada con la variable de los síntomas psicopatológicos. Concretamente son los altos niveles de diferenciación los que más síntomas psicopatológicos presentan, comparado con los niveles medios de diferenciación del sí-mismo. Esto ocurre en todos los síntomas del presente estudio. No obstante, en relación a los tamaños del efecto, se hallaron efectos moderados en todos los síntomas, excepto en los síntomas de obsesión-compulsión y agorafobia que el efecto fue débil. Los resultados, nuevamente, no son congruentes con otros estudios (e.g.: García, 2013; Murdock y Gore, 2004) donde han encontrado en numerosas ocasiones como los bajos niveles de diferenciación se asociaban con presentar más síntomas psicopatológicos que los altos. Además, ya el propio Bowen creador del término de diferenciación, junto con Kerr (1988; tal como se cita en: Ibáñez et al., 2018) informaba sobre que las personas con altos niveles de diferenciación del sí-mismo son más flexibles y toleran mejor el estrés, mientras que las personas con bajos niveles de diferenciación son más propensas a sufrir ansiedad, estrés y desarrollar diferentes síntomas. No obstante, Vargas et al., (2009) afirmó en su estudio que la diferenciación del sí-mismo no es una medida de la salud mental que posee una persona, ya que alguien que tiene una diferenciación baja puede llegar a vivir sin síntomas ni patologías si vive en un ambiente estructurado y sin problemas muy graves. Aunque sí que acepta el hecho de que una persona con diferenciación baja le costaría más trabajo salir de un problema y afrontar el estrés, lo cual no quiere decir que por ello deba

presentar síntomas psicopatológicos. También comenta que una persona más diferenciada tendría más recursos para salir de un problema o superar algo que le está afectando, lo cual tampoco quiere decir que debido a esto no tenga síntomas psicopatológicos. Por lo que podría ocurrir algo parecido con la muestra de este estudio, de manera que las personas con un nivel de diferenciación medio pueden estar presentando menos síntomas que los del nivel alto, aunque les puede ser más difícil afrontar los problemas y el estrés. No tienen por qué estar relacionados ambos aspectos. Puede que la diferenciación no esté relacionada con los síntomas psicológicos, sino que mida otros aspectos, como la objetividad sobre tu familia, empatía, cercanía-lejanía, etc. Por ende, podrían haberse encontrado más síntomas psicológicos en los niveles altos de diferenciación por otras variables que no se han llegado a medir, pero no por el hecho de estar más diferenciado. Además, donde más síntomas psicopatológicos se han hallado es en el nivel que más número de personas tiene ($N=43$ medio; $N=130$ alto), lo que también podría estar influyendo. Por último, en este estudio buscábamos la interacción entre la diferenciación del sí-mismo y los estilos educativos sobre los síntomas psicopatológicos. Debido a esto, al no haber interacción entre ambos factores, los resultados de la diferenciación del sí-mismo no sabemos a qué pueden ser debidos, habría que controlar diversas variables y buscar la interacción con otras, para saber porque en este estudio ha salido lo contrario a lo encontrado en las demás investigaciones.

En conclusión, los resultados encontrados no se corresponden con los datos encontrados en la revisión. Sin embargo, hay más explicaciones sobre los resultados hallados en la interacción, que acompañan también a las explicaciones de los efectos principales de las variables independientes y que se comentarán a continuación.

Los resultados hallados en la presente investigación sobre la falta de interacción y la ausencia de relación entre los estilos parentales y los síntomas, pueden estar ocurriendo porque se ha realizado el estudio con adultos jóvenes, de los cuales 63 de ellos ya no viven

con sus padres. Puede que este hecho les influya de diversas maneras. Una de ellas sería que, al ser adultos, están creando nuevos sistemas (amistades, compañeros de trabajo, pareja, nueva familia, etc.) con los que se relacionan más a menudo y de manera diferente a la que lo hacían con sus padres. Otra manera es que, como menciona Gómez-Ortiz et al. (2017), los adolescentes con edades más avanzadas, tienen más recursos para afrontar determinadas situaciones de una manera más positiva. Teniendo en cuenta que la muestra del presente estudio tiene edades comprendidas entre los 18 y 30 años, es posible que estos tengan formas de afrontamiento ante diversas situaciones complicadas del día a día que hacen que no lleguen a sufrir graves problemas en su vida y esto les lleva a no presentar síntomas psicopatológicos. Por otro lado, la “*Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida*” fue baremada con población de la ciudad de Buenos Aires, aunque se realizó en adultos jóvenes. Esto puede provocar diferencias culturales. A su vez, en este mismo cuestionario podrían darse varios sesgos cognitivos (de memoria, juicios inexactos, interpretaciones erróneas, distorsiones, etc.) debido a que se está preguntando por sucesos que ocurrieron en el pasado. Asimismo, Saleem, Mahmood y Subhan (2015) lo comentaba en su estudio, cuando decía que el estilo sobreprotector era algo positivo en Pakistán, debido a las diversas creencias que allí tienen, por lo que este estilo no estaba relacionado con problemas en los hijos. Por ende, no sabemos que estilos parentales pueden estar siendo negativos o positivos para los hijos según las diferentes culturas, a pesar de lo que la teoría dice de manera global. Además, en la “*Escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida*” en la dimensión de indiferencia ($\alpha=0,558$) se ha hallado un índice muy bajo de fiabilidad, por lo que se podría no estar midiendo de manera correcta los estilos. Esto podría deberse a la dificultad de comprensión de algunos ítems por su formulación en negativo, como ya reportó De la Iglesia et al., (2011). Por último, no hay suficientes estudios con población entre estos rangos de edad (De la Iglesia et al., 2011) como para poder afirmar sin

ninguna duda que en este tipo de muestra sea irrefutable que un estilo parental negativo vivido en el pasado está relacionado con poseer síntomas psicopatológicos.

Los resultados hallados en la presente investigación sobre la falta de interacción y la ausencia de relación entre los niveles de diferenciación y los síntomas psicopatológicos podrían deberse a que los altos niveles de diferenciación se pueden estar midiendo mal, ya que, no se sabe hasta qué punto “separarse” de los padres es positivo. Habría que ver si se está midiendo de una manera adecuada el término de la diferenciación, ya que quizás lo positivo podría estar siendo el nivel medio y no los extremos. En relación a esto, el Alfa de Cronbach en dos dimensiones del “*Inventario de Diferenciación del Sí-mismo*” son bajas, siendo la dimensión de posición del yo $\alpha=0,611$ y la de fusión con otros $\alpha=0,668$, lo que quiere decir que los ítems no están muy relacionados entre sí en esas dos dimensiones. Estas dimensiones están relacionadas con la dicotomía cercanía-lejanía.

Entre las *limitaciones* del presente estudio podemos encontrar la variedad de países en los que se encuentran los diferentes individuos de la muestra. Esto es perjudicial, pues tienen características diferentes entre ellos, debido a sus diversas culturas. Por otro lado, normalmente, los cuestionarios de autoinforme presentan diversos sesgos, como la posible fatiga debido a la cantidad de ítems que deben responder, la deseabilidad social, el hecho de falsear las respuestas dadas por la reactividad a ser evaluado o la predisposición a responder hacia el centro o los extremos. Asimismo, no se han controlado ciertas variables personales (e.g.: falta de sueño, problemas personales, etc.) que han podido influir en los resultados. Además, la mayoría de grupos en la interacción están compuestos por pocas personas ($N= 13$ autoritario y nivel medio; $N= 13$ negligente y nivel medio; $N= 17$ autoritativo y nivel medio), lo cual dificulta la obtención de resultados estadísticamente significativos. A su vez, en la dimensión de indiferencia de la *Escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida (EPIPP)* se ha encontrado un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,558$ en indiferencia en la

versión del padre. También se encontraron consistencias internas bajas en el *Inventario de Diferenciación del Sí-mismo (DSI)* en la dimensión de la posición del yo ($\alpha=0,611$) y en la de fusión con otros ($\alpha=0,668$). Esto significa que los ítems de esas dimensiones no están muy relacionados entre sí y que los datos hallados no son fiables. Por último, el presente estudio es de carácter transversal, por lo que hay que tomar con prudencia los resultados encontrados.

La gran prevalencia de trastornos mentales en la sociedad sigue siendo un problema a nivel mundial y no solo individual. Por ello, es necesario seguir investigando al respecto, para poder mejorar los tratamientos psicológicos de diversas maneras. Para futuras *líneas de investigación*, se propone investigar sobre la relación de los estilos parentales y los síntomas psicopatológicos en adultos jóvenes para poder comprobar si en ellos afecta igual que en los niños y los adolescentes. Esto podría realizarse mediante un estudio longitudinal desde que son adolescentes hasta que se hacen adultos, para poder comprobar si se dan cambios y porque se dan estos cambios. También sería interesante seguir estudiando el constructo de la diferenciación del sí-mismo para resolver las dudas sobre si este es una medida de salud mental o no. Por supuesto, será imprescindible el estudio de la interacción entre las variables del presente estudio, considerando las limitaciones anteriormente expuestas.

Sabemos que numerosos estudios han encontrado relaciones entre la diferenciación con los síntomas psicológicos y los estilos parentales con los síntomas psicológicos. No obstante, a pesar de las limitaciones expuestas, este estudio *aporta* información sobre si la variable diferenciación y la variable estilos parentales interaccionan entre sí sobre los síntomas psicopatológicos, algo que aún no se había estudiado. Además, aporta una nueva forma de ver los estilos parentales, de manera que quizás no condicionen tanto a los hijos como se pensaba. Así como un apoyo a la única investigación que comenta que la diferenciación no es una medida de la salud mental. Por otro lado, contribuye al aumento de investigaciones en relación a la figura del padre y a los adultos jóvenes, en la línea de los

estudios de los estilos parentales educativos. Por último, este estudio ayuda a descubrir otros aspectos que se puedan trabajar en terapia y así ayudar al individuo desde diversas dimensiones.

Para concluir, en el presente estudio se ha demostrado que, no hay una interacción entre las variables diferenciación del sí-mismo y los estilos educativos parentales sobre los síntomas psicopatológicos. Además, se ha comprobado que tampoco hay relación entre los estilos educativos parentales y los síntomas psicopatológicos. Por último, sí que se ha encontrado que hay una relación entre la variable diferenciación del sí-mismo y los síntomas psicopatológicos. Aunque esta relación es contraria a lo encontrado hasta el momento en otros estudios, ya que los individuos que tenían una alta diferenciación son los que presentaban más síntomas psicopatológicos, comparado con los niveles medios de diferenciación del sí-mismo.

7. Referencias

- Alcázar, A., Parada, J. y Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133-142.
- Alonso, M., Menchón, J. y Pifarré, J. (2001). Estudio de la percepción del estilo educativo en el trastorno obsesivo compulsivo. *Psiquiatría Biología*, 8(3), 94-99.
- Alvarado, B., Sandín, B., Valdez, J., González, N. y Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de Psicología*, 28(2), 426-433.
- Antón, J., Seguí, D., Antón, L. y Barrera, A. (2016). Relación entre estilos parentales, intensidad psicopatológica y tipo de sintomatología en una muestra clínica adolescente. *Anales de Psicología*, 32(2), 417-423.

- Arrington, R., Confrancesco, J. y Wu, A. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of life research*, 13(10), 1643-1658.
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A. y Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(4), 288-295.
- Bautista, C. (2007). Síndrome de alienación parental: efectos psicológicos. *Tesis publicada en Universidad Santo Tomás*.
- Berrueco, M. (2017). Estilos parentales, adversidad, apego adulto, psicopatología y afrontamiento en drogodependientes en tratamiento. *Tesis publicada en Universidad de Sevilla, España*.
- Calderón, C., Fonrs, M. y Varea, V. (2009). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *Anales de Pediatría*, 71(6), 489-494.
- Casado, M. y Franco, L. (2010). Salud, ira y estrategias de afrontamiento en agentes de policía. *Revista de Psicología y Pedagogía*, 9(1), 43-60.
- Cássia, R., Gorayeb, R. y Botelho, C. (2007). Características psicológicas asociadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol*, 33(5), 592- 601.
- Casullo, M. y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1).
- Dángelo, E. (1999). Aspectos familiares y de relación entre padres e hijos en la problemática del comportamiento alimentario. *Estudios de Juventud*, 47.
- De la Iglesia, G., Ongarato, P. y Fernández, M. (2011). Propiedades psicométricas de una escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida (EPIPP). *Evaluar*, 10, 32-52.

- De la Iglesia, G., Stover, J., Freiberg, A. y Fernández, M. (2014). Perceived parenting styles and parental inconsistency scale: construct validity in young adults. *International Journal of Humanities and Social Science*, 7(1).
- Elieison, M. y Rubin, L. (2001). Differentiation of self and major depressive disorders: a test of bowen theory among clinical, traditional, and internet groups. *The Journal of the California Graduate School of Family Psychology*, 28(3), 125-142.
- Elvira, M. y Pujol, L. (2014). Validez confirmatoria de la escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida en estudiantes universitarios venezolanos. *Actualidades Pedagógicas* (63), 181-196.
- Esperanza, M. (2015). Nivel de diferenciación en las familias monoparentales. *Tesis doctoral publicada en Universidad de Cuenca, Ecuador*.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de psicología*, 25(1), 27-35.
- Ferrel, F., Ferrel, L. y Vélez, J. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*, 12(2), 35-47.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Casassus, M., Sandoval, A., Santander, S. y Calderón, S. (2009). Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores de 15 años. *Revista chilena de pediatría*, 80(6), 520-527.
- Flores, E., Borda, M. y Pérez, M. (2006). Sida y exclusión social: alteraciones emocionales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 37-49.
- Flores, S., Salum, G. y Manfro, G. (2014). Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role psychiatric comorbidity. *Trends in Psychiatric and Psychotherapy*, 36(3), 147-151.

- Franco, N., Pérez, M. y De Dios, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- García, A. (2013). Diferenciación del yo y trastorno bipolar. *Trabajo de investigación en Escuela Vasco Navarra*.
- Gómez, O., Martín, L. y Ortega, R. (2017). Conflictos parentales, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento psicológico*, 15(2), 67-78.
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *National University Mar de Plata*, 12(1).
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R... y Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Gyawali, P. (2000). Is taking a siesta really a health hazard? *JAMA*, 160(5).
- Harris, A. y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416
- Harrison, V. (2015). Los síntomas entendidos desde la teoría de Bowen y la perspectiva de los sistemas naturales: un lente más amplio. *Edición M*. Descargado de <https://www.csnsf.org/wp-content/uploads/2015/09/Un-lente-ma%CC%81s-amplio-edicion-M.pdf>
- Henao, G., Ramírez, C. y Ramírez, L. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *El Ágora USB*, 7(2), 233-240.
- Hock, R., Mendelson, T., Surkan, P., Bass, J., Bradshaw, C. y Hindin, M. (2018). Parenting styles and emerging adult depressive symptoms in Cebu, the Philippines. *Transcultural Psychiatry*, 53(3).

- Ibáñez, E., González, I., Vargas, J. y Narciso, C. (2018). Factorización del cuestionario de diferenciación del yo. *Revista electrónica de Psicología de Iztacala*, 21(2).
Descargado de
<http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num2/Vol21No2Art17.pdf>
- Ibáñez, E., Guzmán, X. y Vargas, J. (2010). Descripción y análisis del concepto de diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1). Descargado de
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art4Vol13No1.pdf>
- Ibáñez, E., Vargas, J. y Zaira, C. (2009). Estrés y diferenciación, dos conceptos relacionados. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4). Descargado de
https://www.researchgate.net/profile/Jose_De_Jesus_Vargas_Flores/publication/279666493_Estres_y_diferenciacion_dos_conceptos_relacionados/links/5621909a08ae93a5c927e10e/Estres-y-diferenciacion-dos-conceptos-relacionados.pdf
- Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 63-77.
- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos*, 28, 193-204.
- Jáuregui, I., Bolaños, P. y Garrido, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 728-735.
- Konopka, A., Rek, K., Pelka, J. y Samochowiec, J. (2018). Parenting style in family and the risk of psychopathology. *Postepy higieny i medycyny*.
- Körük, S., Öztürk, A. y Kara, A. (2016). The predictive strength of perceived parenting and parental attachment styles on psychological symptoms among turkish university students. *International Journal of Instruction*, 9(2).

- Losada, A. y Charro, A. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales. *Perspectivas metodológicas*, 21(1).
- Maldonado, M. y Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22(2). Descargado de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Elpadreenlaetapaperinatal.pdf>
- Marchand-Reilly, J. (2009). Depressive symptoms in young adults: the role of attachment orientations and romantic relationship conflict. *Journal of Adult Development*, 16(1), 31-38.
- Martínez, P. y Romano, K. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 14(2), 261-274.
- Martínez-Pampliega, A., Sanz, M. y Iriarte, L. (2009). Impacto de la ruptura matrimonial en el bienestar físico y psicológico de los hijos. *La Revue de REDIF*, 2, 7-18.
- Martxueta, A. y Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gais y bisexuales (lgb) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 23-35.
- Mezquita, L., Moya, J., Edo, S., Emma, M., Viñas, M., Ortet, G. y Ibáñez, M. (2006). Personalidad y estilos educativos parentales como predictores del consumo de alcohol en adolescentes. *Forum de recerca*, 12.
- Miller, R., Anderson, S. y Kaulana, D. (2007). Is Bowen theory valid? *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Montolío, A. y Cánovas, P. (2012). The parental educational styles from the interactive and the joint construction models: review of the investigations. *Revista Interuniversitaria*, 24(2), 149-176.
- Murdock, N. y Gore, P. (2004). Stress, coping, and differentiation of self: a test of bowen theory. *Contemporary Family Therapy*, 26(3), 319-335.

- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- OCDE. (2015). Fit mind, fit job. *Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico*. Recuperado de https://read.oecd-ilibrary.org/employment/fit-mind-fit-job_9789264228283-en#page1
- OMS. (2017). La salud mental en el lugar de trabajo. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/es/
- OMS. (2017). La salud mental y los adultos mayores. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (2017). Salud y derechos humanos. *OMS – Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS. (2018). Salud mental del adolescente. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- OMS. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. *OMS – Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2018). Suicidio. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OMS. (2018). Trastornos mentales. *OMS – Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pareja, J. y Campo, A. (2004). Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con migraña. *Revista neurología*, 39(8), 711-714.

- Peleg, O. (2002). Bowen Theory: A Study of Differentiation of Self, Social Anxiety, and Physiological Symptoms. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 355-369.
- Pruett, M. y Hoganbruen, K. (1998). Joint custody and shared parenting: research and interventions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(2), 273-294.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista UNED*, 18(2).
- Ríos, M., Godoy, C. y Sánchez, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*, 27(1), 71-79.
- Rodríguez, A., Antolín, L. y Oliva, A. (2017). Estilos parentales y ajuste psicológico en una muestra de adolescentes andaluces. *Comunicación presentada al 3rd International Conference of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescent*.
- Rubio, J. y Estanislao, D. (2016). Cohesión familiar y la diferenciación del sí-mismo en adolescentes. *Tesis publicada en Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba*.
- Ruiz, J. (2016). Actitudes hacia la violencia, impulsividad, estilos parentales y conducta externalizada en adolescentes: comparación entre una muestra general y una muestra clínica. *Anales de Psicología*, 32(1), 132-138.
- Saleem, S., Mahmood, Z. y Subhan, S. (2015). Perceived Parental Practices and Mental Health Problems: Cross-Cultural Validation of EMBU-C on Pakistani Adolescents. *FWU Journal of Social Sciences*, 9(1), 44-52.
- Salirrosas, C. y Saavedra, J. (2014). Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3).

- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Sanmartín, X. (2017). Diferenciación del self y trastornos de la conducta alimentaria. *Comunicación presentada al III Congreso Nacional de Psicología*.
- Serra, R., Claustre, M. y Bonillo, A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. *Anales de Pediatría*, 79(2), 101-107.
- Shur-Fen, S. y Chang, H. (2014). Co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms with other psychopathology in young adults: Parenting style as a moderator. *Comprehensive Psychiatry*. Descargado de https://www.researchgate.net/publication/268690890_Co-occurrence_of_attention-deficit_hyperactivity_disorder_symptoms_with_other_psychopathology_in_young_adults_Parenting_style_as_a_moderator
- Suárez, N. y Herrera, P. (2010). La relación del hombre con su primer(a) hijo(a) durante los primeros seis meses de vida: experiencia vincular del padre. *Psykhe*, 19(2), 91-104.
- Titus, S., Rose, J. y Roman, N. (2015). The consequences of parenting styles in the adjustment of adults. *NOVA*. Descargado de https://www.researchgate.net/publication/274080354_The_consequences_of_parenting_styles_in_the_adjustment_of_adults
- Vallejo, A., Osorno, R. y Mazadiego, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 13(1), 91-105.
- Vallejo, B. y Nieto, L. (2012). Intervención en familias multiproblemáticas con trastornos mentales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 25-48.
- Vargas, J., Geronimo, M. y Ibáñez, E. (2015). Nivel de diferenciación en matrimonios con hijos adultos y la dinámica familiar. *Revista Electrónica Iztacala*, 18(1). Descargado

de

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num1/Vol18No1Art17.pdf>

Vargas, J., Ibáñez, E. y Armas, P. (2009). Desarrollo de un instrumento de evaluación para el concepto de diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(1).

Vargas, J., Ibáñez, E. y Mares, K. (2015). La dinámica de la familia y la diferenciación.

Alternativas Psicología. Descargado de

<https://alternativas.me/attachments/article/106/9%20%20La%20din%C3%A1mica%20de%20la%20familia%20y%20la%20diferenciaci%C3%B3n.pdf>

Vargas, J., Ibáñez, E. y Tamayo, C. (2013). Inventario de diferenciación: réplica del instrumento de Skowron y Friedlander. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2).

Velasco, R. (2010). Dimorfofobia o vergüenza del cuerpo. *Revista electrónica de psicoterapia*, 4(1), 208-220. Descargado de

https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N1_2010/12_RVelasco_Dismorfobia_2010_CeIR_V4N1.pdf

Velásquez, P. y Villouta, A. (2013). *Adaptación y validación del PSDQ*. Tesis doctoral publicada en Universidad del Bío-Bío.

Yárnoz, S. (2006). ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Anales de psicología*, 22(2), 175-185.

Zhong, X., Wu, D., Nie, X., Xia, J., Li, M., Lei, F., Lim., H., Kua, E. y Mahendran, R.

(2016). Parenting style, resilience, and mental health of community-dwelling elderly adults in China. *BMC Geriatrics*. Descargado de

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0308-0>