

# Estilos de crianza parental y sintomatología psicopatológica en estudiantes de Ciencias de la Salud

Gabriela Tinta Conto, Flor de María Franco Ataulluco,  
Gareth Del Castillo Estrada

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre los estilos de crianza parental y la sintomatología psicopatológica en estudiantes de una Facultad de Ciencias de la Salud pertenecientes a una universidad privada de Perú. El método que se utilizó fue el diseño no experimental transversal de alcance correlacional. La muestra fue a 348 estudiantes de diferentes Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud (Medicina Humana, Odontología, Psicología, Obstetricia, Enfermería y Tecnología Médica); como instrumentos de medición se utilizaron la escala de estilos de crianza de Steinberg y el inventario de síntomas SCL-90-R, instrumentos con adecuada validez y confiabilidad. Finalmente, para el análisis de datos se utilizó los estadísticos Chi cuadrado y Rho de Spearman. Los resultados obtenidos indican que no existe relación estadísticamente significativa; sin embargo, se identificó que el estilo de crianza predominante en esta población es el autoritativo, seguido del estilo negligente y, por último, el estilo autoritario. Respecto a sintomatología psicopatológica, los resultados demuestran que la sintomatología más presentada son síntomas clínicos relevantes (problemas para dormir, poco apetito, pensamientos relacionados con la muerte, comer en exceso, sueño intranquilo y sentimientos de culpa), somatización, sintomatología depresiva y hostilidad.

**Palabras clave:** parentalidad, habilidades parentales, sintomatología psicopatológica, estudiantes universitarios.

**Cómo citar:** Tinta, G., Franco, F., Del Castillo, G. (2025). Estilos de crianza parental y sintomatología psicopatológica en estudiantes de Ciencias de la Salud. En Del Castillo, G., Tamayo, C., Morveli, A. (Ed.). (2025). Salud Integral. Universidad Andina del Cusco/High Rate Consulting. <https://doi.org/10.36881/saludint8>

# Parenting Styles and Psychopathological Symptomatology in Health Sciences Students

## ABSTRACT

This research aims to identify the relationship between parenting styles and psychopathological symptoms in students of a Faculty of Health Sciences belonging to a private university. The objective of this research was to identify the parenthood skills and the psychopathology symptomatology of the students Universidad Andina del Cusco Facultad de Ciencias de la Salud. The method we've used a non experimental, cross-sectional with correlational range design in research, the sample was made up for 348 of the different health careers; we've used the Parenting Style Questionnaire Steinbergs and the Symptom Checklist, Revised SCL-90-R Derogatis; for data analysis we've used the chi-squared test and the Spearman's rank correlation coefficient. As results, we've found that there's no statistically significant correlation, otherwise the most predominant parenting skills are the authoritative, in addition to the negligent and finally the authoritarian style. About the psychopathology symptomatology, we've found that the most relevant clinic common symptoms are (sleeping disorders, low appetite, thoughts about death, eat excessively, restless sleep and guilty feelings), somatization, depressive symptoms and hostility.

**Keywords:** parenthood, parenting skills, psychopathology symptomatology, university students.

## INTRODUCCIÓN

### Situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) refiere que, a nivel mundial, 450 millones de personas padecen algún tipo de malestar psicológico capaz de interferir significativamente en sus actividades cotidianas. Este proceso está influido por diversos factores como la crianza, el entorno social, el ambiente o las vivencias personales. Actualmente, son diversas las causas que provocan conducta anormal, aún más en el contexto generado por la pandemia de la COVID-19. Pérez Bringas (2022) halló que, si la familia presenta estructura y normas deficientes, los hijos presentarán tendencia a desarrollar depresión, ansiedad, hostilidad, fobia o psicotismo. Entonces, la familia, mediante los estilos de crianza, se encargará de brindar modelos conductuales que contribuyan a la construcción del sentido de identidad, desarrollo emocional, socialización y adopción de conductas saludables (Darling & Steinberg, 1993). Las actitudes aprendidas en la familia estarán relacionadas con la evolución, intensidad o afrontamiento del malestar subjetivo que genera la sintomatología psicopatológica, la cual, si no es atendida, puede generar problemas de mayor relevancia clínica (American Psychiatric Association, 2013).

A su vez, Darling y Steinberg (1993) refieren que los estilos de crianza son la agrupación de actitudes que los hijos perciben de sus padres. Estas conductas adoptadas y transmitidas en la crianza pueden generar un clima emocional perjudicial o beneficioso en el que se desarrolla la dinámica familiar. Baumrind (1978) define los estilos de crianza como las

formas en que los progenitores educan y ejercen autoridad sobre sus hijos. Charca Sierra y Dueñas Flores (2019) señalan que las modalidades de crianza funcionan como procesos de aprendizaje intergeneracional, pues desde edades tempranas se almacenan conocimientos que posteriormente serán asimilados por el hijo como constructos personales. En tal sentido, es necesario que la familia asuma un rol formativo que incorpore conductas saludables y protectoras.

Por su parte, Berenzon Gorn et al. (2014) proponen entender la sintomatología psicopatológica como el conjunto de referencias subjetivas que el individuo manifiesta como síntomas, caracterizado por la sensación de malestar emocional o físico que genera sufrimiento. Ruiz Martínez et al. (2018) refieren que estas manifestaciones sintomáticas afectan el desempeño del individuo y pueden ir de presentaciones leves a severas, capaces de ser ubicadas en categorías diagnósticas de algún trastorno. Es necesario mencionar que la sintomatología psicopatológica es una experiencia subjetiva de malestar emocional, mas no implica en lo absoluto que la persona esté atravesando por algún trastorno (Díaz Márquez et al., 2018).

La sintomatología psicopatológica tiene una dinámica especial porque depende de elementos contextuales que se deben considerar en el análisis de la variable. Estos factores son: el sexo –la American Psychiatric Association (2013) refiere que la prevalencia e intensidad en algunos trastornos dependen de este factor–, lo cual es evidenciado en la investigación de Antón et al. (2016), que demuestra que la intensidad psicopatológica es mayor en mujeres; además,

en el sexo femenino se presentan más trastornos afectivos y ansiosos, mientras que en el masculino prevalece el consumo de sustancias. Otro factor es la edad: la American Psychiatric Association (2013) menciona que en cada trastorno existen edades medias de debut sintomático. Prueba de ello son los estudios epidemiológicos de tasas de prevalencia que indican que, en infantes, predominan los trastornos neuropsiquiátricos; en adolescentes, la depresión y los trastornos alimenticios; en jóvenes, los trastornos psicóticos, somáticos y de personalidad; y en adultos, la ansiedad, la bipolaridad, y los trastornos del sueño y la vigilia (Lemos Giraldez, 2003). El último factor es el tipo de familia, que está en un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital. En cada una se establecen nuevos roles que, de no asumirse, generarán conflictos en la salud mental (Vargas Murga, 2014).

Por lo tanto, partiendo desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, se explica que el origen del malestar es producido por la combinación de diversos factores, uno de estos son los modelos de crianza. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013) afirma que los rasgos familiares son un factor que interviene en la adaptabilidad, y esta será la que condicione el desarrollo de sintomatología. Si las personas se desarrollan en familias con estilos inadecuados de crianza (negligencia, autoritarismo), podrían no permitir la adaptabilidad de los hijos y esto, a su vez, terminaría generando algún tipo de sintomatología o riesgo psicopatológico.

Sumado a ello, los postulados de Mazadiego Infante et al. (2011) indican que, si los problemas ocasionados en la dinámica familiar perduran en el tiempo, podrían asociarse a trastornos psiquiátricos más severos. Tal es la problemática que el Ministerio de Salud (2018) reporta que, a nivel nacional, los problemas psicopatológicos se manifiestan desde los 12 años, representando el 17,5 % de la carga total de enfermedad. De la misma manera, los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi (2015) confirman que las enfermedades mentales más comunes en la sierra peruana son la ansiedad y la depresión, donde Cusco ocupa el segundo lugar con 16,4 %. La OMS (2006), en su estudio multicéntrico llevado a cabo en 10 países, también indica que existen diversos fenómenos familiares que podrían promover el brote de manifestaciones sintomáticas. Todos estos fenómenos, tales como la disfunción familiar, el abandono y el abuso emocional, característicos sobre todo de los estilos de crianza autoritario o negligente, influyen en la adaptación y confirman la presencia de problemas psicopatológicos.

Por otro lado, la vida universitaria, tanto para estudiantes nuevos como de ciclos avanzados, presenta diferentes obstáculos que tendrán que afrontar. Es por ello que la participación activa de los padres mediante la crianza se convierte en un elemento fundamental que permitirá enriquecer y facilitar este proceso adaptativo. Sin embargo, actualmente en la población universitaria se evidencian altos índices de abandono educativo, bajo rendimiento académico, consumo de diferentes sustancias, agresividad y problemas del estado

de ánimo, entre otros (Gabaldi & Delgado Candia, 2019). Las causas que producen estos acontecimientos pueden ser múltiples; sin embargo, por lo señalado en párrafos anteriores, se llega a la conclusión de que la crianza y las relaciones de familia están involucradas.

En la región Cusco, la universidad privada que demostró acelerado crecimiento es la Universidad Andina del Cusco, que actualmente alberga a más de 19 000 estudiantes, convirtiéndose en una de las instituciones más pobladas. Gabaldi y Delgado Candia (2019) demuestran que en esta población existen conflictos sobre consumo de psicoactivos. De la misma manera, Grajeda (2011) investiga la tipología de familia y su consumo de alcohol, hallando correlación entre las variables. Es así que, al analizarse los perfiles exigidos para los estudiantes de las facultades de Ciencias de la Salud, se observa que es necesario que cuenten con flexibilidad para incorporarse en diferentes experiencias educativas, tener empatía para establecer vínculos adecuados, tolerancia a la frustración, equilibrio emocional y alta capacidad de adaptación. Por estas exigencias, es necesario conocer su estado de salud mental.

En nuestra población, apoyados en este análisis y la contextualización del problema, se revisó información estadística de las atenciones del Centro Universitario de Salud Integral, donde se observó que, en un semestre académico, se atiende a 229 estudiantes de la universidad, de los cuales 121 pertenecen a las escuelas de la Facultad de Ciencias de la Salud. La mayor demanda de atención se presenta en Psicología, Medicina Humana, Estomatología, Tecnología Médica, Obstetricia y Enfermería, respectivamente. Por lo tanto, se realizaron entrevistas a profesionales de la unidad de Psicología y Psiquiatría que laboran en el centro de atención, obteniéndose la información de que existen cuadros sintomáticos activos y que dentro de la familia se presentan estructuras de inadecuado control de los padres, pérdida de relación afectiva en la infancia, negligencia en la crianza, abandono emocional y otros. La alta demanda de atención en estudiantes puede ser símbolo de la concienciación que tienen sobre la salud mental; sin embargo, también se identificó que, de acuerdo con el estado de terapia (proceso, cierre y abandono), los estudiantes de esta facultad registran mayores índices de abandono terapéutico (61 %) en comparación con otras facultades, lo cual evidencia falta de compromiso sobre su recuperación.

En estas poblaciones, al existir actitudes de crianza inadecuadas (incumplimiento de normas, negligencia, abandono emocional), podrían influir en la adaptabilidad, ocasionando mayor incidencia en problemas como consumo de sustancias, deserción universitaria, poca adaptación a espacios o presencia de psicopatología diagnosticada. En tal sentido, por el análisis desarrollado en toda la problemática, se demuestra que el impacto de la sintomatología psicopatológica podría ser prevenido desde el trabajo de múltiples actores, siendo el primero la familia, pues una adecuada dinámica familiar debería transmitir afecto, reglas, estrategias y conocimientos que

actúen como factores protectores del desarrollo emocional. El segundo actor implicado son los estudiantes, quienes, al alcanzar un nivel de madurez, podrían mejorar sus propias estrategias de vinculación parental e identificar las primeras señales de alerta que afecten su salud mental. Por todo lo referido en párrafos anteriores, surge la necesidad de investigar esta problemática y proponer soluciones de mejora para los estudiantes de las facultades de Ciencias de la Salud.

## MARCO TEÓRICO

### Bases teóricas estilos de crianza parental

La teoría planteada por Darling y Steinberg (1993) propone que los estilos de crianza parental son la agrupación de actitudes que los padres comunican a sus hijos. En esta relación se expresan diferentes sentimientos, y los padres son los encargados de integrar conductas que permitan cumplir con sus obligaciones. Este ambiente creará un clima emocional beneficioso o perjudicial en el que los cuidadores expresen sus conductas y empleen sus estilos de crianza. Asimismo, explican que la crianza es un modelo integrador, donde los resultados dependen de la unión de factores; por lo tanto, pueden variar en función de influencias del entorno inmediato como la cultura, el tipo o la composición familiar. En tal sentido, existen tres características que los padres deben poseer para que el estilo de crianza influya en el desarrollo de sus hijos: los valores, las metas de la socialización y las prácticas de crianza.

En este modelo propuesto, tanto los estilos como las prácticas de crianza resultan de la meta que el padre busca alcanzar al educar a sus hijos; sin embargo, cada una de estas características parentales influye en el desarrollo mediante diferentes procesos. Las prácticas de crianza tienen una consecuencia directa en el desarrollo de las conductas y características específicas del hijo, en contraste con los estilos de crianza, que tienen una influencia indirecta en el desarrollo.

En esta revisión, los investigadores presentan un modelo teórico que integra las prácticas parentales específicas y las características globales de los progenitores. Señalan que los estilos de crianza son mejor conceptualizados cuando se entienden como un contexto moderador de las prácticas de crianza. En tal sentido, describen la existencia de tres dimensiones.

- Compromiso
- Autonomía psicológica
- Control conductual

A partir de estas dimensiones, Darling y Steinberg (1993) generan cinco estilos parentales de crianza, que son los siguientes:

- a. **Autoritario:** ejercen excesivo control sobre los hijos; le dan mayor importancia a la obediencia sin objeción. Asimismo, usan la fuerza para conseguirlo; expresan poco afecto, lo cual dificulta el acercamiento a los hijos para darles apoyo emocional.
- b. **Autoritativo:** son considerados como padres racionales, dado que les interesa que los hijos tengan comportamientos adecuados y se desarrolle en climas afectuosos; proponen metas adecuadas a la edad de sus hijos, los animan a tomar decisiones y usan comunicación asertiva.
- c. **Permisivo:** los padres no moldean los comportamientos de los hijos, no se establecen reglas adecuadas; en consecuencia, los hijos determinan sus actividades.
- d. **Negligente:** a estos padres no les interesan las actividades de sus hijos porque están más concentrados en actividades propias, y en el hogar no hay normas ni expresiones de afecto.
- e. **Mixtos:** estos padres combinan los estilos antes descritos; las conductas paternas generan confusión en los adolescentes por ser impredecibles; por lo tanto, los hijos crecen inseguros, rebeldes o inestables.

### Bases teóricas de sintomatología psicopatológica

Según Berenzon Gorn et al. (2014) se define como el conjunto de referencias subjetivas que el individuo identifica sobre su propia salud. La concretización de este conjunto de referencias se manifestará como síntomas generadores de malestar emocional o físico (Jiménez, 2002). Sumado a lo anterior, Barlow y Durand (2004) refieren que la sintomatología para ser considerada como anómala o patológica debe cumplir con ciertos niveles de intensidad, duración, frecuencia y sobre todo ser interfiriendo.

### Modelos científicos de la sintomatología psicopatológica

**Modelo biológico.** Gómez Melgarejo (2013) indica que el trastorno mental se produce por anomalías biológicas subyacentes; se considera que las alteraciones en el cerebro son la primera causa de la conducta anormal.

**Modelo cognitivo conductual.** La alteración psíquica y otros trastornos mentales se producen por distorsiones en el pensamiento; entonces, procesar la información de manera inadecuada es la causa del trastorno (Restrepo, 2007).

**Modelo social.** Considera que el desarrollo de una patología mental se debe a factores sociales y culturales, los cuales alteran al individuo, el que responderá con la presencia de síntomas (Restrepo, 2007).

**Modelo sistémico.** Los síntomas se manifiestan en relación con las conductas entre los miembros del hogar y se consideran expresiones de disfuncionalidad provenientes de la interacción familiar inadecuada (Gómez Melgarejo, 2013).

## Evolución de síntoma a trastorno

Los síntomas psicopatológicos se presentan en diferentes estadios de gravedad; comienzan sin patología, con posterioridad generan malestar clínicamente significativo y, finalmente, al cumplir criterios de temporalidad, se desencadena como trastorno (Salas y Álvarez, 2004). (Tabla 1)

**Tabla 1.**

Evolución del trastorno

Etapa	Características
Prepatogénica	Existe equilibrio entre el organismo y el ambiente. <ul style="list-style-type: none"><li>• Subclínica. Aparentemente hay salud; sin embargo, la enfermedad se presenta de manera asintomática.</li></ul>
Patogénica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prodromico. Se producen las primeras manifestaciones clínicas.</li><li>• Clínica. Presencia característica de signos y síntomas de la enfermedad</li></ul>
Resolución	Se produce la remisión o el total equilibrio.

**Fuente:** Salas Cuevas y Álvarez Arredondo (2004)

## Sintomatología psicopatológica a partir de la teoría de Derogatis

La American Psychriatric Association (2013) reporta la existencia descrita, en la actualidad, de 216 enfermedades mentales. Sobre la base de ello, Derogatis (1994) propone nueve dimensiones sintomáticas:

1. **Somatizaciones:** según Muñoz (2009) es un proceso donde los individuos experimentan y expresan malestar emocional que manifiestan en síntomas corporales que carecen de causas orgánicas.

2. **Obsesiones y compulsiones:** para Lozano-Vargas (2017) existe la presencia de pensamientos intrusivos, monótonos (repetitivos) y conductas rituales que causan disfuncionalidad y sufrimiento a quienes lo padecen.

3. **Sensibilidad interpersonal:** Zafrila Sánchez y Laencina López (2000) refieren que la inadecuación y sentimientos de inferioridad pueden producir esta patología, en especial cuando los individuos se comparan con sus semejantes.

4. **Depresión:** según Alberdi Sudupe et al. (2006) es la presencia de síntomas afectivos como: agobio, pérdida de interés, poca capacidad para sentir placer, culpa, falta de autoestima, problemas de sueño, disminución de apetito, sensación de agotamiento y falta de concentración.

5. **Ansiedad:** para Navas Orozco y Vargas Baldares (2012) se trata de la emoción que surge ante diferentes contextos; la persona ve posibles amenazas del entorno activando reacciones cognitivas, fisiológicas, y conductuales.

6. **Hostilidad:** Iacovella y Troglia (2003) plantean que involucra la presencia de creencias, actitudes y expectativas negativas; esta emoción displacentera se experimenta con intensidad y activaciones fisiológicas.

7. **Ansiedad fóbica:** el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2018) define que las personas con ansiedad fóbica presentan miedo intenso, persistente y crónico, lo cual puede interferir con sus actividades.

8. **Ideación paranoide:** según Roca Bennasar et al. (2016) implica sospechas o creencias de ser perseguido o tratado injustamente, lo que genera angustia en las personas.

9. **Psicotismo:** Rutter y Taylor (2002) mencionan que afecta el pensamiento, las emociones y el comportamiento de la persona.

10. **Síntomas clínicos relevantes:** para Derogatis (1994) son síntomas de relevancia clínica, que sirven como indicadores de gravedad del estado de la persona, pero no conforman una dimensión sintomática específica.

## Método

La investigación es de alcance correlacional, porque describe y relaciona los estilos de crianza y la sintomatología psicopatológica en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, en Perú. El valor de estos estudios radica en que aportan información explicativa, mostrando eficazmente las dimensiones y características de un fenómeno. El diseño es no experimental transversal, porque no se manipulan variables y la información se recogerá en un solo momento (Hernández et al., 2014).

## Participantes

La muestra fue conformada por 348 estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco. Debido a las características del estudio y de la población, se empleó un muestreo probabilístico estratificado que se detalla continuación (Hernández et al., 2014). (Tabla 2)

**Tabla 2.**

Distribución de la muestra estratificada

ESCUELA	f	%
Medicina humana	111	31,9
Psicología	107	30,7
Estomatología	43	12,4
Tecnología médica	32	9,2
Obstetricia	29	8,3
Enfermería	26	7,5
Total	348	100

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

## Instrumentos

Para la primera variable se utilizó la Escala de Estilos de Crianza Parental de Steinberg, creada por Lawrence Steinberg en el año 1991. Fue diseñada a partir del modelo integrador de estilos de crianza parental construido por los mismos autores. Su objetivo es medir la percepción de los hijos sobre las conductas o actitudes que sus padres muestran hacia ellos dentro de la crianza. Fue adaptada a varios idiomas y contextos, y demostró gran versatilidad en campos educativos-clínicos. Asimismo, consta de tres dimensiones (autonomía psicológica, compromiso y control conductual) relacionadas con cinco estilos parentales, y de 22 ítems dispuestos en escala Likert (Charca Sierra & Dueñas Flores, 2019). (Tabla 3)

**Tabla 3.**

Confiabilidad Escala de Estilos de Crianza

CONFIABILIDAD Alpha de Cronbach	
Instrumento original	0.82
Adaptación peruana	0.90
Adaptación al contexto educativo universitario	0.90
Para la Investigación	0.82

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

Para la segunda variable, Sintomatología Psicopatológica, se empleó el SCL-90-R o Symptom Checklist 90 Revised. Este cuestionario es la culminación de diferentes instrumentos de autoinforme clínicos, como la data Sheet (Woodworth, 1918), el Cornell Medical Index –CMI (Wider, 1948) y el Hopkins Symptom Checklist-HSCL. Fue desarrollado por Leonard Derogatis y tiene como finalidad analizar la psicopatología y evaluar el grado de molestia psicológica del individuo. La escala cuenta con nueve dimensiones primarias de síntomas, distribuidas en 90 ítems en escala Likert. (Tabla 4)

**Tabla 4.**

Confiabilidad del SCL-90-R

CONFIABILIDAD Alpha de Cronbach	
Instrumento original	0.82
Adaptación peruana	0.90
Adaptación al contexto educativo universitario	0.90
Para la Investigación	0.82

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

## Procedimiento

Se realizó entre los meses de febrero del 2021 al 2022. Se contó con las autorizaciones de las autoridades universitarias, a quienes se solicitó la aplicación de los instrumentos. La evaluación a los estudiantes fue realizada de manera virtual durante la pandemia de COVID-19. También se brindó el consentimiento informado, explicando el propósito de la investigación y el manejo ético de los resultados. Aun después 4 años de su publicación la investigación tiene una metodología y enfoque teórico sólido. Esta pertinencia permite comprender la dinámica entre prácticas de crianza y la salud mental en contextos académicos actuales, además de que los constructos, como los estilos de crianza, no cambian rápidamente con el tiempo y la información actual puede ser usada como punto de partida para comparaciones futuras.

## Análisis de datos

Posteriormente, con los datos obtenidos se desarrolló la prueba de normalidad por medio del estadístico de Kolmogorov-Smirnov, el cual permite identificar la distribución no normal. Sobre la base de esto, se confirma la necesidad de emplear estadísticos no paramétricos, seleccionándose la prueba Chi cuadrado dada la naturaleza nominal de datos finales en las variables de estudio, considerándose en paralelo la posibilidad de ratificar los resultados hallados con el estadística Rho de Spearman, mediante el uso de puntajes directos arrojados por cada variable. En la investigación se consideró 0.05 como punto de referencia para determinar si un resultado es estadísticamente significativo. Finalmente, se empleó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 26, donde se trabajó a través de medidas descriptivas, tendencia central, tablas de frecuencia, dispersión y contingencia (Hernández Sampieri et al., 2014).

## RESULTADOS

### Estilos de crianza parental en la muestra de estudio

Es posible apreciar que un 79,3 % presenta estilo de crianza autoritativo, un 11,8 % estilo de crianza negligente, el 8,9 %

**Tabla 5.**

Distribución de la muestra estratificada

ESTILOS DE CRIANZA PARENTAL	f	%
Autoritario	31	8.9
Autoritativo	276	79.3
Negligente	41	11.8
Total	348	100

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

estilo de crianza autoritario; no se registraron estudiantes dentro del estilo permisivo. (Tabla 5)

### **Tipo de sintomatología psicopatológica presentes en la muestra**

Se advierte que el 30,5 % presenta síntomas clínicos relevantes, el 21% muestra somatización, el 16,4 % sintomatología depresiva, el 11 % no presenta ningún tipo de sintomatología, el 6,6 % hostilidad, el 6 % sensibilidad interpersonal, el 4,6 % psicoticismo, el 2,6 % fobia, el 1 % ansiedad, y el 0,3 % síntomas obsesivos compulsivos. (Tabla 6)

**Tabla 6.**

Tipo de sintomatología psicopatológica

<b>Tipo de sintomatología psicopatológica</b>	<i>f</i>	%
No presenta sintomatología	38	11 %
Somatización	73	21 %
Obsesiones y compulsiones	1	0,3 %
Sensibilidad interpersonal	20	6 %
Depresión	57	16,4 %
Ansiedad	5	1 %
Hostilidad	23	6,6 %
Fobia	9	2,6 %
Psicoticismo	16	4,6 %
Síntomas clínicos relevantes	106	30,5 %
Total	348	100 %

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

### **Estilos de crianza parental según sexo, grupo etario, tipo de familia y escuela profesional**

#### **Estilos de crianza según sexo**

El estilo de crianza autoritativo se presenta en un 78 % de los estudiantes de sexo masculino y en el 79 % del sexo femenino. En cuanto al estilo de crianza negligente, se observa en el 11,7 % de varones y el 12 % de mujeres. Por último, con un menor porcentaje, se puede observar que el estilo de crianza autoritario se registra en el 10 % dentro de los estudiantes masculinos y en el 9% de los femeninos. (Tabla 7)

**Tabla 7.**

Distribución de la muestra estratificada

<b>ESTILOS DE CRIANZA PARENTAL</b>	<b>SEXO</b>			
	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<i>f</i>	%
Autoritario	9	10%	22	9%
Autoritativo	74	78%	202	79%
Negligente	11	11,7%	30	12%
Total	94	100%	254	100%

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

### **Estilos de crianza según grupo etario**

Entre las edades 15 a 18 años se presenta el estilo de crianza autoritativo con 80,8 %, el estilo de crianza negligente 10,6 % y estilo autoritario con 9 %. En el rango de edad de 19 a 21 años, el 79 % presenta el estilo de crianza autoritativo, el 11 % el negligente y el 10 % el estilo autoritario. En el grupo etario de 22 a 24 años, se advierte un 82,9 % de estilo de crianza autoritativo, un 10,9 % un estilo negligente y un 6 % un estilo autoritario. En el grupo etario de 25 a 27, predomina la crianza autoritativa con 73 %, la crianza negligente con 17 % y la crianza autoritaria 10 %. En consecuencia, en todos los grupos etarios, el estilo de crianza preponderante es el autoritativo y el menos predominante el autoritario. (Tabla 8)

**Tabla 8.**

Estilos de crianza según edad

<b>Estilos de crianza</b>	<b>EDAD</b>			
	<b>15 a 18 años</b>	<b>19 a 21 años</b>	<b>22 a 24 años</b>	<b>25 a 27 años</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Autoritario	9.0	10.0	6.0	10.0
Autoritativo	80,8	79,0	82,9	73,0
Negligente	10,6	11,0	10,9	17,0
Total	100	100	100	100

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

### **Estilos de crianza según tipo de familia.**

En familias monoparentales el 83 % muestra crianza autoritativa y, en menor grado, el 5 % estilo autoritario; en familias nucleares el 82 % presenta crianza autoritativa y el 8,7 % negligente. En familias ensambladas un 67,7 % exhibe el estilo autoritativo y el 9,3 % el estilo negligente. Por último, en familias extensas o numerosas el 63,3 % presenta el estilo autoritativo y el 10 % el estilo autoritario. (Tabla 9)

**Tabla 9.**

Estilos de crianza según tipo de familia

<b>Estilos de crianza</b>	<b>TIPO DE FAMILIA</b>			
	<b>Mono-parental</b>	<b>Nuclear</b>	<b>Ensamblada</b>	<b>Extensa</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Autoritario	5.0	9,2	12,9	10,0
Autoritativo	83,0	82,0	67,7	63,3
Negligente	11,8	8,7	9,3	26,6
Total	100	100	100	100

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

## Estilos de crianza según escuela profesional

En estudiantes de Medicina Humana, el 35,4 % presenta el estilo de crianza autoritario y, en menor escala, el 26,8 % negligente. En Estomatología, el 22,5 % presenta estilo autoritario y, en menor escala, el 13 % autoritativo. En Enfermería, el 12,9 % presenta estilo autoritario y, en menor proporción, el 6,8 % autoritativo. En Psicología, el 34 % presenta estilo negligente y, en menor porcentaje, el 12,9 % autoritario. En Obstetricia, el 16,1 % presenta estilo autoritario y, en menor proporción, el 4,8 % negligente. Finalmente, en Tecnología Médica, el 26,8 % presenta estilo negligente y el 7,6 % estilo de crianza autoritativo. (Tabla 10)

**Tabla 10.**

Estilos de crianza según escuela profesional

Escuela Profesional	ESTILOS DE CRIANZA		
	Autoritario	Autoritativo	Negligente
	%	%	%
Medicina Humana	35,4 %	32,2 %	26,8 %
Estomatología	22,5 %	13 %	0 %
Enfermería	12,9 %	6,8 %	7,3 %
Psicología	12,9 %	32,2 %	34 %
Obstetricia	16,1 %	7,9 %	4,8 %
Tecnología médica	0 %	7,6 %	26,8 %
Total	100	100	100

Fuente: Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

**Tabla 11.**

Tipo de sintomatología psicopatológica según sexo

TIPO DE SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA	SEXO			
	Masculino	Femenino	f	%
No presenta sintomatología	11	11,7 %	27	10,6 %
Somatización	25	26,5 %	48	18,8 %
Obsesiones y compulsiones	0	0 %	1	0,3 %
Sensibilidad interpersonal	9	9,5 %	11	4,3 %
Depresión	16	17 %	41	16,1 %
A. siedad	2	2,1 %	3	1,1 %
Hostilidad	3	3,1 %	20	7,8 %
Fobia	0	0 %	9	3,5 %
Psicoticismo	3	3,1 %	13	5,1 %
Síntomas clínicos relevantes	25	27 %	81	32 %
Total	94	100 %	254	100 %

Fuente: Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

## Sintomatología psicopatológica según sexo, grupo etario, tipo de familia y escuela profesional.

### Sintomatología según sexo

En este aspecto, existen diferencias, pues algunos cuadros psicopatológicos se presentan con mayor frecuencia en un sexo en comparación con el otro. En el sexo masculino se presentan: somatización en 26,5 %, depresión en 17 %, ausencia de sintomatología en 11,7 %, sensibilidad interpersonal con 9,5 % y ansiedad con 2,1 %. En cambio, en el sexo femenino se presentan: síntomas clínicos relevantes con 32 %, hostilidad con 7,8 %, psicoticismo con 5,1 %, fobia en 3,5 % y obsesiones-compulsiones en 0,3 %. (Tabla 11)

### Sintomatología según grupo etario

En lo que concierne a las edades, entre 15 a 18 años se presentan síntomas clínicamente relevantes con 34 %, depresión con 21,2 %, y ansiedad y fobia con 4,2 %. En el grupo etario de 19 a 21 años se presenta sensibilidad interpersonal en 6,7 %. En el grupo etario de 22 a 24 años predomina la sintomatología clínicamente relevante con 35,3 %, somatización con 22 % y hostilidad con 10 %. En el grupo etario de 25 a 27 años predomina la somatización con 32 %, y finalmente, con menor porcentaje, se identifica la sintomatología de tipo fóbica con 2,4 %; asimismo, en este grupo no se presentan sintomatología obsesivo-compulsiva ni ansiedad. (Tabla 12)

**Tabla 12.**

Tipo de sintomatología psicopatológica según edad

Tipo de sintomatología psicopatológica	EDAD							
	15 a 18 años	19 a 21 años	22 a 24 años	25 a 27 años				
f	%	f	%	%	f	%		
No presenta sintomatología	6.0	13,0	20.0	11,2	9.0	11,0	3.0	7,3
Somatización	6.0	13,0	36.0	20,2	18.0	22,0	13.0	32,0
Obsesiones y compulsiones	0	0	1.0	0,5	0	0	0	0
Sensibilidad interpersonal	1.0	2,1	12.0	6,7	5.0	6,0	2.0	5,0
Depresión	10.0	21,2	32.0	18,0	10.0	12,1	5.0	12,1
Ansiedad	2.0	4,2	3.0	1,6	0	0	0	0
Hostilidad	2.0	4,2	11.0	6,1	8.0	10,0	2.0	4,8
Fobia	2.0	4,2	4.0	2,2	2.0	2,4	1.0	2,4
Psicoticismo	2.0	4,2	10.0	5,6	1.0	1,2	3.0	7,3
Síntomas clínicos relevantes	16	34,0	49.0	28,0	29.0	35,3	12.0	29,2
Total	47.0	100	178	100	82.0	100	41.0	100

Fuente: Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

## Sintomatología según tipo de familia

En familias monoparentales se presentan en mayor porcentaje síntomas clínicos de relevancia con 29 %, seguidos de somatización con 27,1 %. En familias nucleares predominan los síntomas clínicos relevantes con 32,4 %, seguidos de somatización con 20,1 %. En familias ensambladas tienen lugar en mayor porcentaje los síntomas clínicos relevantes con 25,8 %, coincidiendo con los estudiantes que no presentan ningún tipo de sintomatología (25,8 %). En familias extensas se encontró que predomina la somatización con 27 %, seguida de sintomatología clínicamente relevante con 23,3 % y, finalmente, en menor porcentaje, psicoticismo con 6,6 %. La mayoría de los estudiantes que presentan síntomas clínicos relevantes provienen de familias monoparentales, es decir, familias conformadas solo por dos miembros. (Tabla 13)

## Sintomatología según escuela profesional

Se aprecia que en los estudiantes de Medicina humana se presentan en mayor porcentaje los síntomas clínicos relevantes con 27 %, seguidos de la somatización con 20,7 % y, en menor porcentaje, la sintomatología fóbica con 1,8 %. En los estudiantes de Estomatología predominan los síntomas clínicos relevantes con 25,5 %, seguidos de somatización con 20,9 % y sensibilidad interpersonal con 20,9 %. En los estudiantes de Enfermería se presenta la depresión y los síntomas clínicamente relevantes con 23 %. En los estudiantes de Psicología los síntomas clínicamente relevantes predominan con un 32,7 %, seguidos de somatización con 28 %. En los estudiantes de Obstetricia predominan los síntomas clínicamente relevantes con 37,9 %, seguidos de depresión con 24,1 %. En los estudiantes de la Escuela de Tecnología médica se presentan en mayor porcentaje los síntomas clínicamente relevantes con 40,6 %, seguidos de hostilidad con 25 % (Tabla 14)

## DISCUSIÓN

Ahora bien, si partimos del objetivo general, que fue determinar la correlación entre las variables, se halló que no existe relación significativa entre los estilos de crianza parental y la sintomatología psicopatológica en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud. Se infiere que esto se debe a las características particulares de la población, que, al estar sometida a sobrecarga académica, situaciones demandantes, responsabilidades frente a conflictos y estimulación emocional adversa, ha aprendido habilidades personales que le permiten resolver sus conflictos emocionales y cognitivos. Dichas habilidades no necesariamente fueron adquiridas durante la crianza, sino que se aprendieron en otros contextos.

Se considera también que otra razón de la no correlación es que, para desencadenar la sintomatología psicopatológica, influyen otros factores además de la crianza, como el contexto cultural, la educación, la predisposición biológica, el historial médico y la capacidad adaptativa. Esta información coincide con los criterios culturales y de curso relacionados con el diagnóstico expuestos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013).

Otro hallazgo demuestra que el estilo de crianza más frecuente es el autoritativo, lo que significa que, en la mayoría de las familias, la crianza es orientada racionalmente, se escucha a los hijos, se respetan las normas y se proveen estándares de conducta de manera asertiva, sin caer en una excesiva rigidez ni en una intromisión exagerada. En segundo lugar, se encuentra el estilo de crianza negligente, donde se demuestra poco o nulo interés por las actividades de los hijos, no existen límites de control conductual y, en algunos casos, los hijos se sienten rechazados.

**Tabla 13.** Estilos de crianza según tipo de familia

Tipo de familia		Monoparental	Nuclear	Ensamblada	Extensa
Tipo sintomatología psicopatológica		%	%	%	%
No presenta sintomatología	7.0	10.0	25,8	10	
Somatización	27,1	20,1	9,6	27	
Obsesiones y compulsiones	0	0,4	0	0	
Sensibilidad interpersonal	1,6	7,4	6,4	0	
Depresión	20,3	15,3	16,1	16,6	
Ansiedad	0	2,1	0	0	
Hostilidad	10,1	5,0	3,2	16,6	
Fobia	0	4,0	0	0	
Psicoticismo	5,0	4,0	12,9	6,6	
Síntomas clínicos	29,0	32,4	25,8	23,3	
Total	100	100	100	100	

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

**Tabla 14.** Distribución de la muestra estratificada

Tipo de sintomatología psicopatológica	ESCUELA PROFESIONAL											
	Medicina Humana		Estomatología		Enfermería		Psicología		Obstetricia		Tecnología médica	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No presenta sintomatología	15.0	13.5	2.0	4.6	5.0	19.2	12	11.2	3.0	10.3	1.0	3.1
Somatización	23.0	20.7	9.0	20.9	4.0	15.3	30	28.0	4.0	13.7	3.0	9.3
Obsesiones y compulsiones	0	0	0	0	0	0	1	0.9	0	0	0	0
Sensibilidad interpersonal	8.0	7.2	9	20.9	2.0	7.6	1	0.9	0	0	0	0
Depresión	16.0	14.4	6.0	13.9	6.0	23	2.0	18.6	7.0	24.1	2.0	6.2
Ansiedad	3.0	2.7	0	0	1.0	3.8	0	0	0	0	1.0	3.1
Hostilidad	6.0	5.4	0	0	0	0 %	5.0	4.6	4.0	13.7	8.0	25.0
Fobia	2.0	1.8	4.0	9.3	1.0	3.8%	1.0	0.9	0	0	1.0	3.1
Psicotismo	8.0	7.2	2.0	4.6	1.0	3.8%	2.0	1.8	0	0	3.0	9.3
Síntomas clínicos relevantes	30.0	27.0	11.0	25.5	6.0	23 %	35.0	32.7	11.0	37.9	13.0	40.6
Total	111.0	100	43.0	100	26.0	100	107.0	100	29.0	100	32.0	100

**Fuente:** Franco Ataulluco y Tinta Conto (2022)

Finalmente, en menor porcentaje, aparece la crianza autoritaria, caracterizada por alta exigencia, imposición de normas rígidas sin posibilidad de cuestionamiento, búsqueda de la obediencia, alta intrusión y escasa expresión afectiva. Esta información es corroborada en la investigación de Antón-San Martín et al. (2016), quien señala los factores protectores del estilo de crianza autoritativo.

El estudio identifica que la mayoría de la muestra no configura un cuadro clínico significativo; sin embargo, presentan síntomas de relevancia clínica, como apetito disminuido, dificultad para dormir, pensamientos sobre la muerte, ingesta excesiva de alimentos, sueño intranquilo y sentimientos de culpa. Se considera que la presencia de sintomatología en la mayoría de los estudiantes es alarmante, pues existe la probabilidad de que, frente a situaciones de vida difíciles, sus estrategias de afrontamiento no sean suficientes, generando problemas de salud más severos.

También se evidencia que el 21 % de los estudiantes presenta somatización, donde a partir del malestar psíquico se percibe la presencia intensa de problemas físicos (cardiovasculares, intestinales o respiratorios); el 16 % presenta depresión, caracterizada por falta de motivación, sentimiento de desesperanza, baja energía vital y estado de ánimo disfórico. En proporciones menores presentan hostilidad, donde prevalecen sentimientos, pensamientos y acciones propios del enojo; sensibilidad interpersonal, lo que significa que experimentan sentimientos de inferioridad e inadecuación al compararse con los demás, seguidos de psicotismo, ansiedad fóbica, ansiedad, obsesiones y compulsiones; solo el 11 % no presenta ningún tipo de sintomatología.

Estos hallazgos se relacionan con la investigación de Mayorga Lascano (2014), en la que los estudiantes universitarios de una universidad de Ecuador presentaban síndromes clínicos y subclínicos asociados con deserción o bajo rendimiento académico. La estadística de prevalencia es similar al

artículo publicado por Cazorla et al. (2023), que describe la sintomatología patológica internalizante en universitarios del sur del Perú.

El aspecto más interesante de la investigación fue vincular los estilos de crianza con diferentes cuadros psicopatológicos, resultados sobre los cuales se demuestra que la mayoría de estudiantes, tanto del sexo masculino como femenino, presentan estilo de crianza autoritativo, seguido del negligente y, por último, el autoritario. Consideramos que se debe a que, actualmente, los padres no hacen diferencias en la crianza en relación con el sexo, e intentan darles a sus hijos e hijas igualdad de oportunidades.

Según tipo de familia se infiere que, en las monoparentales y extensas, predomina el estilo de crianza negligente, porque se otorgan más libertades a los hijos para disminuir el posible efecto emocional que podría causar ser parte de una familia con un solo parente. Asimismo, estimamos que la gran cantidad de integrantes en la familia podría causar dificultades para identificar figuras de autoridad.

En las familias nucleares y ensambladas predomina el estilo de crianza autoritario, por lo que se infiere que los padres consideran la rigidez como la mejor manera de demostrar su rol para mantener el control sobre los hijos. Según la escuela profesional, en Medicina predomina la crianza autoritaria, y en Psicología la crianza negligente.

En tal sentido, la rigidez, dominación y poca expresión emocional podrían conducir a los estudiantes a elegir carreras en las que estén expuestos a constante tensión académica, dejando de lado el ámbito emocional. En cambio, en el caso de la crianza permisiva o descuidada esta podría llevar a los estudiantes a elegir carreras que les permitan mantener flexibilidad y control del ámbito emocional.

Estos estilos de vinculación afectiva familiar y los efectos en los hijos están sustentados en el constructo teórico de Baumrid (1978) en su obra La controversia de la disciplina, en

la que argumenta que ni los modelos de crianza autoritarios ni permisivos son efectivos a largo plazo.

El último hallazgo señala que, según el sexo, los varones exhiben mayor sensibilidad interpersonal, por lo que se infiere que estos estudiantes presentan problemas al aceptarse, sintiéndose inferiores cuando se comparan con sus pares, a diferencia de las mujeres, que podrían tener más interiorizadas sus cualidades personales. Otro resultado significativo es que las mujeres presentan mayor hostilidad, lo que puede llevarlas a tener dificultades con el manejo de la ira, provocando conflictos con docentes, compañeros o padres.

Acerca de los grupos etarios, se observa que en todas las edades hay coincidencia sobre el tipo de sintomatología; sin embargo, en el grupo etario de estudiantes que tienen entre 15 a 18 años predomina la sintomatología depresiva, lo cual puede ser a causa de la etapa de desarrollo y el proceso madurativo.

Según el tipo de familia, podemos advertir que en las familias extensas predominan los síntomas de somatización, lo que podría deberse a que el malestar emocional no es expresado adecuadamente, desencadenando problemas físicos, mientras que en las familias ensambladas el número de estudiantes que presentan y no presentan sintomatología coincide, por lo cual se desprende que la unión de integrantes en las familias es mejor manejada que antes.

En relación con la escuela profesional, en Enfermería y Obstetricia predomina la sintomatología depresiva, posiblemente debido a la mayor prevalencia de esta psicopatología en el sexo femenino; en Estomatología sobresale la sensibilidad interpersonal, que podría deberse a la importancia que estos estudiantes otorgan a la aprobación de sus pares o al autoconcepto que tienen sobre sí mismos; y en Tecnología médica

predomina la hostilidad, probablemente causada por actitudes de competitividad o intentos de destacarse frente a los demás.

## **CONCLUSIONES**

En síntesis, se obtiene que los estilos de crianza más frecuentes en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud son el autoritativo, seguido del negligente y, finalmente, el autoritario. También se encontró que, en los estudiantes de menor edad, predominan los síntomas depresivos, contrario a los estudiantes de mayor edad que provienen de familias extensas, en quienes inciden los síntomas de somatización propios de la ansiedad. En los estudiantes de familias ensambladas, coincide el número de quienes presentan y no presentan sintomatología psicopatológica, lo que significa que este tipo de familia no constituye un factor predisponente. Respecto a las carreras profesionales, se obtuvo que, en Medicina Humana, Psicología, Obstetricia y Tecnología Médica, predominan los síntomas clínicos relevantes, seguidos de la somatización; en cambio, en los estudiantes de Estomatología predomina la sensibilidad interpersonal, y en los de Enfermería, la depresión.

A pesar de los hallazgos, el estudio estuvo limitado a una sola Facultad de Ciencias de la Salud, lo que restringe la generalización de la problemática. En tal sentido, se recomienda ampliar el estudio a otras poblaciones universitarias. Otro sesgo significativo es la metodología transversal empleada, la cual impide establecer relaciones causales entre el estilo de crianza parental y la sintomatología psicopatológica. Por ello, se sugiere realizar un estudio longitudinal o de mayor duración que permita establecer dichas relaciones causales.

## REFERENCIAS

- [handle.net/20.500.12557/3007.](https://hdl.handle.net/20.500.12557/3007)
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Derogatis, L. (1994). Symptom Checklist-90-Revised. Pearson.
- Díaz Márquez, P., Hernández Sepúlveda, M., & Silva Aguilar, M. (2018). *Prevalencia de malestar psicológico en los estudiantes de las carreras del área de salud de la universidad Austral de Chile, sede Puerto Montt* (Prevalence of psychological distress among students of health-related programs at the Austral University of Chile, Puerto Montt campus) [Tesis de pregrado, Universidad Austral de Chile]. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2018/bpmsd542p/doc/bpmsd542p.pdf>
- Franco Ataulluco, F., & Tinta Conto , G. (2022). *Estilos de crianza parental y sintomatología psicopatológica en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2021* (Parental parenting styles and psychopathological symptoms in students of the Faculty of Health Sciences at the Andean University of Cusco, 2021) [Tesis de Grado, Universidad Andina del Cusco]. <https://repositorio.uandina.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/2de51505-9198-4eeb-b923-54392c25d039/content>
- Gabaldi, F., & Delgado Candia, S. (2019). El consumo de productos psicoactivos y el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Andina del Cusco año semestre 2019-I (The consumption of psychoactive substances and the academic performance of students at the Andean University of Cusco, semester 2019-I). *Revista Científica Integración*, 2, 117-182. <https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/integracion/article/view/210>
- Grajeda F. (2011). Tipología de familia y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes de la escuela de enfermería de la Universidad Andina del Cusco, 2011. (Tesis de pregrado) Universidad Andina del Cusco.
- Gómez Melgarejo, S. (2013). *Psicopatología I* (Psychopathology I). Red Tercer Milenio.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Research Methodology) (6<sup>a</sup> ed.).Mc Graw Hill.
- Iacobella, J., & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares (Hostility and Its Relationship with Cardiovascular Disorders). *Psico-USF*, 8(1), 53–61. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000100008>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2015). *Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2015* (Epidemiological Study on Mental Health in the Peruvian Highlands, 2015). IESM HDHN.
- Instituto Especializado de Salud Mental (2005). *Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana 2004* (Epidemiological Study on Mental Health in the Peruvian Jungle, 2004) [Informe general]. Anales de Salud Mental, 21(1-2), 21-43. [https://repebis.upch.edu.pe/articulos/ansem/v21n1\\_2/v21n1\\_2.pdf](https://repebis.upch.edu.pe/articulos/ansem/v21n1_2/v21n1_2.pdf)
- Jiménez, J. (2002). Paradigmas de Investigación. Universidad Santo Tomás. VER. Se encuentra MARTÍNEZ GODÍNEZ, V.L. (2013). Paradigmas de Investigación. Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialéctico crítica [Archivo PDF]. [https://pics.unison.mx/wp-content/uploads/2013/10/\\_Paradigmas\\_de\\_investigacion\\_2013.pdf](https://pics.unison.mx/wp-content/uploads/2013/10/_Paradigmas_de_investigacion_2013.pdf)
- Lemos Giraldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y adolescencia: consideraciones básicas para su estudio (The Psychopathology of Childhood and Adolescence: Basic Considerations for Its Study). *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf>
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados (Clinical Aspects of Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 35–41. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>
- Mayorga Lascano, P.M. (2014). *Sintomatología sub - clínica y el rendimiento académico del estudiantado que presenta índice promedial condicionado: Caso Pucesa 2014* (Subclinical Symptomatology and Academic Performance of Students with Conditional Average Index: The Case of PUCESA 2014) [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/8702>
- Mazadiego Infante, T. de J., Vera-Pedroza, A., & Ruiz-Carús, S. (2011). Problemas internalizados y externalizados en una muestra de niños de Educación Básica (Internalized and Externalized Problems in a Sample of Elementary School Children). *Journal of Behavior*, 3(1), 17-23. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221799002>
- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de políticas sectorial en salud mental Perú 2018* (Guidelines for Sectoral Policies in Mental Health – Peru, 2018). SINCO Diseño E.I.R.L.
- Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas. (Somatization: Diagnostic Considerations). *Revista Med*, 17(1), 55-64. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562009000100009&lng=en&tlang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562009000100009&lng=en&tlang=es)
- Navas Orozco, W., & Vargas Baldares, M.J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria (Anxiety Disorders: A Targeted Review for Primary Care). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia* (Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes, and Women's Responses to Such Violence). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *El contexto de la salud mental* (The Context of Mental Health). Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Pérez Bringas, A. A. (2022). Clima social familiar y síntomas psicopatológicos en universitarios confinados por pandemia en Nueva Cajamarca (Family Social Climate and Psychopathological Symptoms in University Students Confined During the Pandemic in Nueva Cajamarca). Casus. *Revista de investigación y casos en salud*, 6(1) 31-38. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8602590.pdf>
- Restrepo, J.E. (2007). Psicopatología y epistemología (Psychopathology and Epistemology). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 123-144. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80636110.pdf>
- Roca Bennasar, M., Bernardo Arroyo, M., & Arnillas Gómez, H. (2016). Trastornos de personalidad. En *Tratado de Psiquiatría*

- (Personality Disorders. In *Treatise of Psychiatry*) (cap. 31, pp. 561–578). [https://psiquiatria.com/tratado/cap\\_31.pdf](https://psiquiatria.com/tratado/cap_31.pdf)
- Ruiz Martínez, A.O., González-Arratia López Fuentes, N.I., González-Escobar, S., Aguilar Montes de Oca, Y.P., & Torres Muñoz, M.A. (2018). Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres (Relationship Between Psychopathological Symptoms and Quality of Life in Women and Men). *Liberabit*, 24(1), 97-113. <https://revistaliberabit.edu.pe/index.php/Liberabit/article/view/124/101>
- Rutter, M., & Taylor, E. (2002). *Niños y adolescentes psiquiátricos* (Psychiatric Children and Adolescents). Blackwell Science.
- Salas Cuevas, C.B. & Álvarez Arredondo, L.M. (2004). *Educación para la salud* (Health Education). Pearson Education.
- Vargas Murga, H. (2014). Tipos de familia y ansiedad y depresión (Family Types, Anxiety, and Depression). *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2014000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001)
- Wider, A. (1948). *The cornell medical index*. Psychological Corp.
- Woodworth, R. (1918). The personal data sheet. Stoelting.
- Zafriilla Sánchez, J., & Laencina López, T. (2000). *Sensibilidad interpersonal* (Interpersonal Sensitivity). Colección formación por competencias. [Archivo PDF] 1-91. Escuela de Administración Pública de la Región de Murcia. [https://www.carm.es/web/integra.servlets.Blob?ARCHIVO=sensibilidad\\_interpersonal.pdf&CAMPOCLAVE=IDARCHIVO&CAMPOIMAGEN=ARCHIVO&IDTIPO=60&RASTRO=c%24m15012%2C15030&TABLA=ARCHIVOS&VALORCLAVE=54586](https://www.carm.es/web/integra.servlets.Blob?ARCHIVO=sensibilidad_interpersonal.pdf&CAMPOCLAVE=IDARCHIVO&CAMPOIMAGEN=ARCHIVO&IDTIPO=60&RASTRO=c%24m15012%2C15030&TABLA=ARCHIVOS&VALORCLAVE=54586)