

## **INFLUENCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES EN LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DURANTE LA ADULTEZ EMERGENTE**

Paula Domínguez-Alarcón, Águeda Parra  
e Inmaculada Sánchez-Queija  
*Universidad de Sevilla (España)*

### **Resumen**

La relación entre familia y salud mental ha sido uno de los focos de estudio clave en las investigaciones sobre adultez emergente de la última década. En el presente estudio se analizó la relación entre variables de funcionamiento familiar y la presencia de síntomas clínicos de depresión, ansiedad y estrés durante la adultez emergente en España. Este estudio contó con un diseño transversal y una muestra de 1502 estudiantes de 18-29 años ( $M= 20,32$ ;  $DT= 2,13$ ) de dos universidades españolas, que fueron evaluados a través de cuestionarios en papel. Los resultados indican que altos niveles de implicación, cariño y apoyo parental se relacionan con una menor sintomatología clínica, mientras que el control psicológico se relaciona con una mayor sintomatología. Estos hallazgos demuestran la relación que existe entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas clínicos, así como el papel protector -o de riesgo- que siguen teniendo las relaciones familiares durante esta etapa.

**PALABRAS CLAVE:** *adultez emergente, relaciones familiares, control psicológico, salud mental.*

### **Abstract**

The relationship between family and mental health has been one of the cornerstones of research into emerging adulthood over the last decade. In the present study, we analyze the relationship between variables linked to family functioning and the presence of clinical symptoms of depression, anxiety and stress during emerging adulthood in Spain. The study had a cross-sectional design and the sample comprised 1,502 students aged 18-29 years ( $M= 20,32$ ,  $DT= 2,13$ ) from two Spanish universities. Participants completed questionnaires in pencil-and-paper format. The results indicate that high levels of parental involvement, warmth and autonomy support are associated with a lower presence of clinical symptoms,

---

Este trabajo se enmarca en el proyecto La transición a la adultez en España: estudio sobre las claves del ajuste psicosocial y fundamentos para su intervención preventiva (EDU2013-45687-R), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España, Agencia Estatal de Investigación, y el proyecto Estudio longitudinal secuencial sobre la transición a la adultez en España (TAE-II; RTI2018-097405-B-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Agencia Estatal de Investigación, y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

*Correspondencia:* Águeda Parra Jiménez, Universidad de Sevilla, Facultad de Psicología, despacho 5.79, c/ Camilo José Cela, s/n, 41018 Sevilla (España). E-mail: [aparra@us.es](mailto:aparra@us.es)

whereas psychological control is associated with a higher level of said symptoms. These findings demonstrate the relationship between family functioning and the presence of clinical symptoms, as well as the protective -or risk enhancing- role played by family relationships during this life stage.

KEY WORDS: *emerging adulthood, family relationships, psychological control, mental health.*

## Introducción

Muchos estudios han demostrado que las interacciones familiares y la salud mental están relacionadas (Barrett y Turner, 2005; Horwitz-Campos, 1985; Robinson *et al.*, 2008), especialmente en la infancia y la adolescencia (Nieto-Casado *et al.*, 2022; Speyer *et al.*, 2022). Sin embargo, el reciente surgimiento de la adultez emergente (Arnett, 2000), una etapa encuadrada entre la adolescencia y la adultez, ha generado nuevos interrogantes sobre el papel de la familia en la salud mental de los adultos emergentes.

La mayoría de los problemas o trastornos mentales que se diagnostican en jóvenes y personas adultas se desarrollan en fases tempranas de la vida. Más del 50% de estos trastornos comienzan a manifestarse en la adolescencia media o tardía, pero normalmente no se detectan ni se tratan hasta edades más avanzadas (Kessler *et al.*, 2007). Si no se recibe la atención necesaria, es frecuente que un trastorno surgido en la adolescencia se cronifique o llegue a la adultez sin remisiones, y que su gravedad aumente por el estrés de las crecientes exigencias del entorno, algo común cuando las personas jóvenes están estudiando, trabajando o asumiendo responsabilidades propias de la transición a la adultez (Balanza *et al.*, 2009; Cardona-Arias *et al.*, 2015; Kessler *et al.*, 2007).

El avance de la ciencia, la globalización, el desarrollo de las nuevas tecnologías y los cambios socioeconómicos y políticos recientes han generado una transformación significativa en las trayectorias vitales de la juventud del siglo XXI (Arnett, 2000, 2014). Estas transformaciones dieron lugar al surgimiento de la adultez emergente, un periodo evolutivo comprendido entre los 18 y los 29 años que posee características específicas que lo diferencian de otras etapas y lo convierten en algo más que una mera fase de transición a la adultez (Arnett, 2000, 2014; Bosh, 2015; Sánchez-Queija *et al.*, 2020).

Una de las principales características de la adultez emergente es el retraso en la adquisición de roles adultos y, por consiguiente, de la salida del hogar familiar (Arnett, 2000, 2014). España es uno de los países de Europa en los que las personas jóvenes tardan más en independizarse económicamente, tal y como reflejan los datos de Eurostat (2020), donde la media de edad para la salida del hogar parental se sitúa en los 29.5 años, independizándose ellas antes que ellos (28,7 años y 30,3 años, respectivamente). Esta realidad sin precedentes, que sitúa a los hijos bajo el techo familiar durante su tercera década de vida, genera nuevas dinámicas paterno-filiales a las que han de adaptarse padres e hijos para promover un desarrollo saludable y ajustado a los nuevos retos que plantea la adultez emergente (García-Mendoza *et al.*, 2017; 2019). Entre ellos, resaltan la aceptación por parte de los

progenitores del rol adulto del hijo joven y el establecimiento de relaciones más simétricas en el ámbito familiar (Aquilino, 2006).

Otro contexto en el que buena parte de los adultos emergentes se ven inmersos es el entorno universitario. Este es uno de los que más crecimiento y, a su vez, dificultades personales, sociales y laborales genera por la alta cantidad de demandas y retos que plantea (Pedrelli *et al.*, 2015). Estas demandas pueden provocar el desarrollo de desajustes y/o síntomas clínicos en el alumnado cuando no dispone de suficiente apoyo o recursos de afrontamiento eficaces, lo que es común cuando está en proceso de separación e individuación con respecto a la familia de origen (Pedrelli *et al.*, 2015; Storrie *et al.*, 2010), bien sea por el desplazamiento a otra ciudad para estudiar o por pasar una gran cantidad de tiempo en el entorno universitario. De hecho, diversos estudios muestran una incidencia significativa de síntomas de depresión, ansiedad y estrés (DAE) en la población universitaria, presentando una incidencia de síntomas clínicos de DAE que oscila entre el 26% y el 58% del alumnado universitario (Balanza *et al.*, 2009; Cardona-Arias *et al.*, 2015).

Esta nueva situación muestra la necesidad de analizar el papel de la familia en la salud mental de los adultos emergentes (Oliveira *et al.*, 2020), especialmente en contextos como la carrera universitaria. Sin embargo, casi toda la bibliografía sobre el impacto de las relaciones familiares en esta etapa proviene de muestras estadounidenses y centroeuropeas, existiendo menos trabajos que analicen esta relación en muestras del sur de Europa en general y en España en particular. Aunque los estudios con muestras españolas son escasos, sus resultados indican que la calidad de la dinámica familiar repercute de forma significativa en la salud mental de los adultos emergentes (Parra, Oliva y Reina, 2015; Rodríguez y Rodrigo, 2011).

En concreto, variables como la implicación parental, el apoyo a la autonomía y el control psicológico han mostrado el papel predictor que tienen sobre el desarrollo de los hijos (Grolnick *et al.*, 1991, Oliva, 2006; Parra y Oliva, 2006). No existe una definición consensuada sobre lo que es la implicación parental (Henderson y Mapp, 2002), pero sí hay acuerdo en que esta engloba todas aquellas conductas de acercamiento a los hijos cuyo fin es el de pasar tiempo de calidad con ellos e involucrarse emocional y activamente en sus vidas (Grolnick *et al.*, 1991). Por su parte, el cariño parental refleja la dimensión emocional de la relación parento-filial, y hace referencia a las conductas parentales de comprensión y sensibilidad a las necesidades de sus hijos e hija (Grolnick *et al.*, 1991). En cuanto al apoyo a la autonomía, está integrado por aquellas conductas parentales que promueven en el hijo la autonomía, la iniciativa en la toma de decisiones y el desarrollo de un sentido del yo estable (Grolnick *et al.*, 1991). El control psicológico, por otra parte, hace referencia a todas aquellas prácticas que emplean padres para sancionar las conductas de sus hijos cuando no cumplen con las expectativas parentales, promoviendo el control de sus emociones y conducta mediante estrategias como la inducción de culpa o la retirada de afecto, que son usadas de forma muy frecuente (Oliva, 2006; Parra y Oliva, 2006) y se relacionan con un mal ajuste interno en hijos (Abaied y Emond, 2013).

Estudios previos han demostrado que niveles altos de implicación, cariño y apoyo se asocian con una mejor percepción de la relación parento-filial y mayores niveles de bienestar (Crespo *et al.*, 2011; García-Mendoza *et al.*, 2017; 2019; Kerr y

Stattin, 2000). Paralelamente, cuanto más baja es la implicación y el cariño familiar, mayor es la incidencia de depresión (Butterfield *et al.*, 2020; Iglesias y Romero, 2009; Inguglia *et al.*, 2015), ansiedad (Butterfield *et al.*, 2020; Rork y Morris, 2009; Wolfradt *et al.*, 2003) y estrés (Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2015; Siddiqui, 2011). El apoyo a la autonomía también se relaciona negativamente con la ansiedad (Vrolijk *et al.*, 2020), el estrés (Pedersen, 2017) y la depresión (Inguglia *et al.*, 2015; Van der Giessen *et al.*, 2014; Vrolijk *et al.*, 2020), mientras que el control psicológico se asocia positivamente con los tres tipos de síntomas (Abaied y Emond, 2013; Padilla-Walker y Nelson, 2012; Pinheiro y Mena, 2014; Wijsbroek *et al.*, 2011). La mayoría de estos resultados proceden de muestras de adolescentes, por lo que es necesario seguir ahondando en la relación entre familia y salud mental durante la adultez emergente para ampliar la escasa literatura que existe al respecto.

Al respecto es importante resaltar las diferencias por sexo que existen en la distribución de los síntomas clínicos entre los adultos emergentes, siendo ellas quienes muestran una mayor incidencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Barrera-Herrera *et al.*, 2019). Asimismo, se han hallado diferencias por sexo en la percepción que los jóvenes tienen las relaciones con sus padres, siendo ellas quienes mantienen un contacto más estrecho, cercano y cálido con sus progenitores durante los años de la adultez emergente (Kenny y Donaldson, 1991; Parra, Oliva y Reina, 2015). Todo lo anterior justifica la necesidad de estudiar la asociación entre relaciones familiares y salud mental atendiendo a las diferencias entre chicos y chicas.

El presente estudio tiene como finalidad general determinar la relación entre la presencia de síntomas clínicos de DAE y los niveles de implicación, cariño, apoyo a la autonomía y control psicológico parental percibidos en una muestra de estudiantes de universidad en España. Los objetivos del estudio son los siguientes: a) identificar la tasa de presencia de sintomatología clínica de DAE en la población universitaria española; b) determinar la relación entre la implicación, el cariño y el apoyo a la autonomía parentales y la sintomatología de DAE, y c) la relación entre el control psicológico y la presencia de síntomas clínicos de DAE.

Las hipótesis planteadas para cada objetivo de este estudio son las siguientes: 1) habrá un porcentaje de alumnado entre el 25 y el 50% que mostrará síntomas clínicos de DAE, de acuerdo con lo encontrado en la literatura previa; 2) los jóvenes que presenten síntomas clínicos tendrán niveles más bajos de implicación, cariño y apoyo a la autonomía parental; y 3) el alumnado con síntomas clínicos tendrá niveles mayores de control psicológico.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo integrada por 1502 jóvenes estudiantes de dos universidades españolas con edades de entre los 18 y los 29 años ( $M= 20,32$ ;  $DT= 2,13$ ). La distribución de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1**  
 Descriptivos de las variables sociodemográficas, familiares y clínicas de la muestra

| Características sociodemográficas y clínicas | <i>n</i> | %    |
|--|----------|------|
| Sexo   |          |      |
| Chicos                                       | 599      | 39,9 |
| Chicas                                       | 903      | 60,1 |
| Rama de conocimiento                         |          |      |
| Artes y Humanidades                          | 127      | 8,5  |
| Ciencias Sociales y Jurídicas                | 483      | 32,2 |
| Ciencias de la Salud                         | 439      | 29,2 |
| Ciencias Puras                               | 100      | 6,7  |
| Ingeniería y Arquitectura                    | 352      | 23,4 |
| Curso académico                              |          |      |
| Primero                                      | 500      | 34,8 |
| Segundo                                      | 468      | 32,5 |
| Tercero                                      | 296      | 20,6 |
| Cuarto                                       | 174      | 12,1 |
| Ingresos familiares percibidos               |          |      |
| Ingresos familiares bajos                    | 237      | 15,8 |
| Ingresos familiares medios                   | 1050     | 70,1 |
| Ingresos familiares altos                    | 211      | 14,1 |
| Procedencia de los participantes             |          |      |
| Universidad de Sevilla                       | 755      | 50,3 |
| Universidad del País Vasco                   | 747      | 49,7 |
| Síntomas de depresión                        |          |      |
| No clínicos                                  | 1103     | 73,9 |
| Clínicos                                     | 390      | 26,1 |
| Síntomas de ansiedad                         |          |      |
| No clínicos                                  | 1093     | 73,3 |
| Clínicos                                     | 399      | 26,7 |
| Síntomas de estrés                           |          |      |
| No clínicos                                  | 1064     | 71,5 |
| Clínicos                                     | 425      | 28,5 |
| Total  | 1502     | 100  |

### Instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico *ad hoc*. Este fue cumplimentado por todo el alumnado para indicar su sexo, edad, nivel socioeconómico, curso académico y el centro universitario en el que cursaba sus estudios.
- “Escala de percepción parental – Versión para estudiantes universitarios” (*Perceptions of Parents Scale - College Student Version*; POPS; Robbins, 1994). Esta escala mide las percepciones que tienen los jóvenes de sus padres a través de tres subescalas: *Implicación parental* (p. ej., “Mis padres dedican tiempo y energía a ayudarme”) con  $\alpha = 0,83$ , *Cariño parental* (p. ej., “Mis padres expresan claramente su amor por mí”) con  $\alpha = 0,81$  y *Apoyo a la autonomía* (p. ej., “Mis padres me permiten decidir cosas por mí mismo”) con  $\alpha = 0,83$ . En otros

estudios se han hallado índices de fiabilidad similares: *Implicación parental* con  $\alpha$  entre 0,80 y 0,85; *Cariño parental* con  $\alpha$  entre 0,86 y 0,89, y *Apoyo a la autonomía* con  $\alpha$  entre 0,85 y 0,87 (Padilla-Walker y Nelson, 2012). Está compuesta por 20 ítems puntuados a través una escala Likert de 7 valores (1= *Totalmente falso* a 7= *Totalmente verdadero*). Se hace la media de las puntuaciones de los ítems de cada subescala para obtener una puntuación general de cada una de ellas. Cuanto mayor es la puntuación de la subescala, mayor es el nivel percibido de implicación, cariño o apoyo a la autonomía parentales.

- c) "Escala de estilos parentales" (Oliva *et al.*, 2007). Esta escala evalúa los estilos educativos parentales de madres y padres en función de cómo los perciben sus hijos. Está formada por 41 ítems que se distribuyen en 6 subescalas: *Afecto y comunicación*, *Promoción de autonomía*, *Control Conductual*, *Control Psicológico*, *Revelación y Humor*. En este estudio sólo se utilizó la subescala de *Control psicológico*, compuesta de 8 ítems (p. ej., "Me hace sentir culpable cuando no hago lo que quiere") puntuados en una escala Likert con 6 valores (1= *Totalmente en desacuerdo* a 6= *Totalmente de acuerdo*). La fiabilidad de la escala fue de  $\alpha = 0,91$  en este estudio y de  $\alpha = 0,80$  en estudios previos (Oliva *et al.*, 2007).
- d) "Escala de depresión, ansiedad y estrés" (*Depression Anxiety Stress Scales*; DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995a), traducido por Bados *et al.* (2005). La DASS es usada para registrar la presencia de síntomas mediante tres subescalas: *Depresión* ( $\alpha = 0,79$ ), *Ansiedad* ( $\alpha = 0,76$ ) y *Estrés* ( $\alpha = 0,78$ ). Tiene en total 21 ítems puntuados en una escala Likert de 4 valores (1= *Nada aplicable a mí* a 4= *Muy aplicable a mí*, o aplicable la mayor parte del tiempo). La puntuación general de cada subescala se calcula realizando un sumatorio de las puntuaciones de los ítems que la componen. A mayor puntuación, mayor es la presencia y severidad de los síntomas clínicos. Los autores originales del instrumento clasifican la gravedad de los síntomas en cinco categorías (Lovibond y Lovibond, 1995b): normal, leve, moderado, grave y muy grave. Con base en estas categorías se estableció un punto de corte para diferenciar la muestra en dos grupos: clínico (correspondiente a las categorías moderado, grave y muy grave) y no clínico (categorías normal y leve), basado en el punto de corte establecido por Román *et al.* (2016), que cuenta con puntuaciones de corte similares para dividir a la muestra clínica de la no clínica.

### Procedimiento

Se contactó con el profesorado de las universidades para explicarles el objetivo del estudio y proponerles la participación del alumnado de entre 18 y 29 años. Una vez obtenido el consentimiento del profesorado, se llevó a cabo la recogida de datos en horario lectivo. Los miembros del equipo investigador repartieron los cuestionarios en papel a cada participante y explicaron los objetivos del estudio, y el alumnado rellenó el cuestionario de forma totalmente anónima y voluntaria, sabiendo que podía abandonar el estudio en cualquier momento. El estudio fue

aprobado por el Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía.

### *Análisis de datos*

Tanto el tratamiento de los datos como los análisis realizados se llevaron a cabo con el programa estadístico IBM SPSS, v. 26. Se realizó un análisis descriptivo básico de todas las variables familiares de la muestra, un ANOVA de un factor y un análisis de regresión logística binaria para identificar de qué manera las variables familiares se relacionaban con la presencia de síntomas clínicos de DAE.

## **Resultados**

El 26,7% del alumnado presentó síntomas de gravedad moderada a muy grave en ansiedad, un 26,1% en depresión y un 28,3% en estrés. Las medias, desviaciones típicas y rangos de las variables familiares aparecen en la tabla 2. Los resultados reflejan que los jóvenes obtienen, de media, puntuaciones altas, que oscilan entre 5 y 6 puntos, en implicación, cariño y apoyo a la autonomía parentales, mientras que obtienen puntuaciones medio-bajas en control psicológico (por debajo de los 3 puntos).

**Tabla 2**

Medias, desviaciones típicas y rangos de las variables familiares

| VARIABLES FAMILIARES | M (DT)      | RANGO |
|----------------------|-------------|-------|
| Implicación parental | 5,55 (1,14) | 1 - 7 |
| Cariño parental      | 6,04 (0,96) | 1 - 7 |
| Apoyo a la autonomía | 5,52 (0,98) | 1 - 7 |
| Control psicológico  | 2,12 (1,00) | 1 - 6 |

Las puntuaciones obtenidas en las variables familiares en función de la presencia o ausencia de síntomas clínicos de DAE se exponen en la tabla 3. Estos resultados descritos muestran el mismo patrón para los tres tipos de síntomas: el alumnado con síntomas clínicos tuvo puntuaciones más bajas de implicación, cariño y apoyo a la autonomía percibidos de sus padres que quienes pertenecen al grupo no clínico ( $p < 0,001$ ). En la escala de control psicológico, el alumnado con síntomas clínicos obtuvo puntuaciones significativamente más altas que las del grupo no clínico ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 3**

Diferencias en las puntuaciones medias de las variables familiares entre el alumnado con síntomas clínicos y no clínicos

| VARIABLES            | Grupo síntomas no clínicos <i>M (DT)</i> | Grupo síntomas clínicos <i>M (DT)</i> | <i>F</i>   |
|----------------------|--|---------------------------------------|------------|
| Depresión            |  |                                       |            |
| Implicación parental | 5,73 (1,02)                              | 5,07 (1,28)                           | 101,642*** |
| Cariño parental      | 6,19 (0,84)                              | 5,62 (1,13)                           | 109,744*** |
| Apoyo a la autonomía | 5,67 (0,90)                              | 5,12 (1,07)                           | 100,208*** |
| Control psicológico  | 1,98 (0,92)                              | 2,51 (1,11)                           | 85,335***  |
| Ansiedad             |  |                                       |            |
| Implicación parental | 5,68 (1,06)                              | 5,21 (1,26)                           | 52,832***  |
| Cariño parental      | 6,15 (0,87)                              | 5,75 (1,11)                           | 54,057***  |
| Apoyo a la autonomía | 5,65 (0,89)                              | 5,19 (1,11)                           | 67,165***  |
| Control psicológico  | 1,99 (0,93)                              | 2,47 (1,09)                           | 70,117***  |
| Estrés               |  |                                       |            |
| Implicación parental | 5,66 (1,07)                              | 5,29 (1,23)                           | 34,105***  |
| Cariño parental      | 6,14 (0,87)                              | 5,79 (1,11)                           | 41,784***  |
| Apoyo a la autonomía | 5,64 (0,90)                              | 5,26 (1,11)                           | 45,728***  |
| Control psicológico  | 1,98 (0,90)                              | 2,49 (1,14)                           | 84,306***  |

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

Los modelos de regresión logística binaria con los síntomas de DAE como variables dependientes y con el sexo y las variables familiares como independientes se muestran en la tabla 4. Los tres modelos de regresión fueron estadísticamente significativos: a) depresión ( $\chi^2 = 127,55$ ;  $p < 0,001$ ), b) ansiedad ( $\chi^2 = 84,27$ ;  $p < 0,001$ ) y c) estrés ( $\chi^2 = 103,74$ ;  $p < 0,001$ ). Dichos modelos explican, según la  $R^2$  de Nagelkerke, el 9,7%, el 8 % y 12% de la varianza observada en las variables dependientes, respectivamente. De las cinco variables predictoras del modelo de ansiedad y de depresión, el sexo, la implicación parental y el control psicológico fueron significativas, mientras que, en el modelo de estrés, las variables significativas fueron el sexo y el control psicológico. El sexo femenino es un factor de riesgo en el modelo, es decir, las mujeres tienen mayor riesgo de tener síntomas clínicos que los hombres (OR= 1,386, IC 95% [1,077-1,783] para la depresión; OR= 1,308, IC 95% [1,023-1,671] para la ansiedad y OR= 1,807, IC 95% [1,411-2,314] para el estrés).



**Tabla 4**  
Modelos de regresión de la predicción de síntomas clínicos/no clínicos en función del sexo, la implicación, el cariño, el apoyo a la autonomía y el control psicológico parental percibido

| Modelo               | Depresión |              |          |          | Ansiedad |              |          |          | Estrés |              |          |          |
|----------------------|-----------|--------------|----------|----------|----------|--------------|----------|----------|--------|--------------|----------|----------|
|                      | B         | OR<br>Exp(B) | IC 95%   |          | B        | OR<br>Exp(B) | IC 95%   |          | B      | OR<br>Exp(B) | IC 95%   |          |
|                      |           |              | Inferior | Superior |          |              | Inferior | Superior |        |              | Inferior | Superior |
| Paso 1               |           |              |          |          |          |              |          |          |        |              |          |          |
| Sexo                 | 0,189     | 1,208        | 0,952    | 1,535    | 0,180    | 1,198        | 0,945    | 1,518    | 0,500  | 1,648***     | 1,299    | 2,091    |
| Paso 2               |           |              |          |          |          |              |          |          |        |              |          |          |
| Sexo                 | 0,340     | 1,405**      | 1,093    | 1,807    | 0,286    | 1,331*       | 1,042    | 1,699    | 0,605  | 1,830***     | 1,433    | 2,338    |
| Implicación parental | -0,234    | 0,792**      | 0,680    | 0,921    | -0,160   | 0,852*       | 0,734    | 0,989    | -0,105 | 0,900        | 0,776    | 1,045    |
| Cariño parental      | -0,222    | 0,801*       | 0,649    | 0,987    | -0,046   | 0,955        | 0,777    | 1,174    | -0,120 | 0,887        | 0,723    | 1,089    |
| Apoyo a la autonomía | -0,233    | 0,792*       | 0,658    | 0,953    | -0,311   | 0,733**      | 0,611    | 0,878    | -0,235 | 0,791**      | 0,661    | 0,946    |
| Paso 3               |           |              |          |          |          |              |          |          |        |              |          |          |
| Sexo                 | 0,326     | 1,386*       | 1,077    | 1,783    | 0,270    | 1,308*       | 1,023    | 1,671    | 0,592  | 1,807***     | 1,411    | 2,314    |
| Implicación parental | -0,235    | 0,791**      | 0,679    | 0,921    | -0,161   | 0,852*       | 0,733    | 0,990    | -0,104 | 0,901        | 0,775    | 1,048    |
| Cariño parental      | -0,201    | 0,818        | 0,663    | 1,010    | -0,020   | 0,981        | 0,797    | 1,207    | -0,082 | 0,921        | 0,748    | 1,134    |
| Apoyo a la autonomía | -0,085    | 0,919        | 0,745    | 1,134    | -0,134   | 0,875        | 0,712    | 1,075    | 0,047  | 1,048        | 0,852    | 1,289    |
| Control psicológico  | 0,236     | 1,266**      | 1,082    | 1,482    | 0,282    | 1,326***     | 1,137    | 1,547    | 0,446  | 1,563***     | 1,338    | 1,825    |

Nota: \*p< 0,05; \*\*p< 0,01; \*\*\*p< 0,001.

## Discusión

Este estudio tuvo como finalidad analizar la asociación entre las relaciones familiares y la presencia de síntomas clínicos de DAE de una muestra de estudiantes de universidad en España. Los objetivos del estudio son los siguientes: 1) identificar la tasa de presencia de sintomatología clínica de DAE en la población universitaria española; 2) determinar la relación entre la implicación, el cariño y el apoyo a la autonomía parentales y la sintomatología de DAE, y 3) la relación entre el control psicológico y la presencia de síntomas clínicos de DAE.

Los resultados de la presencia de síntomas clínicos descritos en apartados previos, que responden al primero de los objetivos, indican que, como mínimo, uno de cada 4 estudiantes padece síntomas de DAE. Estos resultados están dentro del rango encontrado en otros estudios (Balanza *et al.*, 2009; Beiter *et al.*, 2015; Cardona-Arias *et al.*, 2015; Eisenberg *et al.*, 2007; Marthoenis *et al.*, 2018) y subrayan la necesidad de analizar los factores que contribuyen a generar o agravar esta sintomatología, o bien los protegen frente a ella.

Con respecto al segundo y tercer objetivo, los resultados obtenidos confirman que quienes presentan síntomas clínicos de DAE perciben niveles más bajos de implicación, apoyo a la autonomía y cariño por parte de sus madres y padres. Las puntuaciones de control psicológico percibido, no obstante, son mayores en este grupo, lo que indica que se sienten más controlados, invadidos y emocionalmente distanciados de sus padres que sus contrapartes, lo que influye negativamente en su ajuste interno (Crespo *et al.*, 2011; Inguglia *et al.*, 2015; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2015).

Esto podría deberse, por un lado, a que los padres que muestran una menor implicación, cariño y apoyo a la autonomía, así como el uso predominante de tácticas de control psicológico, establecen, posiblemente, dinámicas relacionales donde no se promueven la seguridad ni la provisión de las herramientas necesarias para el desarrollo saludable de sus hijos. Este tipo de relaciones familiares tendría un efecto protector reducido y-o nulo frente a las dificultades generadas por los nuevos retos que las personas jóvenes deben afrontar en estos años (Oliveira *et al.*, 2020). Incluso, podrían ser, en sí mismas, un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas clínicos, tal y como han reflejado otros estudios (Inguglia *et al.*, 2015; Luciano, 2009; Lamborn and Groh, 2009). No obstante, también es posible que la presencia de sintomatología clínica afecte a la forma en que los adultos emergentes perciben, interpretan y valoran las relaciones familiares. La presencia de malestar o síntomas clínicos podría afectar negativamente a la valoración de los vínculos familiares en el día a día, que se percibirían como más distantes o poco implicados, o como más controladores e intrusivos (Tanner, 2016). Es necesario ahondar sobre estos aspectos a través de investigaciones de corte longitudinal que analicen cómo se relacionan las variables familiares con la presencia de síntomas clínicos a lo largo del tiempo, y desarrollar así intervenciones que mejoren las relaciones familiares y contribuyan a prevenir la aparición de esta sintomatología.

En la línea del segundo y tercer objetivo, el análisis de regresión logística refleja tres aspectos fundamentales. En primer lugar, las relaciones familiares en la adultez emergente son un arma de doble filo. Una implicación parental alta tiene un rol

protector a la hora de prevenir el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en hijos, mientras que una implicación reducida es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas clínicos de ambos tipos. Estos resultados coinciden con Inguglia *et al.* (2015), y Lamborn and Groh (2009), según los cuales, la falta de implicación familiar conducía a una mayor probabilidad de padecer síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Estos trabajos también encontraron que la falta de cariño parental y de apoyo a la autonomía aumentaban la probabilidad de sufrir este tipo de sintomatología. Aunque nuestros resultados también demuestran la relación que hay entre el cariño y el fomento de la autonomía con la ausencia de sintomatología DAS, en la ecuación de regresión, la implicación parental es la única variable de las tres que se mantiene para explicar la experimentación de depresión y ansiedad, pero no en el estrés. Mientras que la ansiedad se define como una reacción emocional de la persona ante una amenaza (real o imaginaria) hacia su integridad física, emocional o social, que, además, es persistente en el tiempo (Sierra *et al.*, 2003), y la depresión como un estado de tristeza persistente que dificulta el transcurso de una vida normal (Burton, 2008), también persistente en el tiempo, el estrés es la reacción puntual de un individuo ante una sobrecarga de demandas del entorno para las que no tiene suficientes recursos de afrontamiento (Sierra *et al.*, 2003), y que desaparece tan pronto como se resuelven estas demandas. En otras palabras, la ansiedad y la depresión son problemas de origen interno, emocional y estable en el tiempo, lo que explica que la implicación de la familia sea un apoyo significativo en el transcurso de estas patologías emocionales. En cambio, el estrés es una respuesta temporal que se resuelve a través de la gestión de las demandas externas y la búsqueda de apoyos más específicos (tiempo, organización, dinero...), por lo que la implicación familiar podría tener una influencia menor en la presencia de esta patología de la que tiene en la ansiedad o la depresión. En cuanto al cariño parental, por el momento evolutivo en el que los jóvenes de nuestra muestra se encuentran, puede ser que no necesiten tanto del cariño explícito para saber y sentir que sus padres les quieren, y que, por ese motivo, no se mantenga en la ecuación de regresión. Podría ser también que con mayores cotas de autonomía y, siendo aún jóvenes, esta otra variable tampoco resulte determinante. A nuestro juicio, nuestros resultados subrayan la importancia que tiene para la salud mental de las personas jóvenes sentir cercanos a sus padres, saberlos envueltos en sus vidas e implicados con ellas.

Una segunda conclusión del análisis de regresión logística es el papel del control psicológico en el desarrollo de síntomas clínicos de DAE. De hecho, es la variable que contribuye a explicarlos de forma más homogénea. Este tipo de tácticas podría generar dificultades en el entendimiento y la vinculación entre progenitores e hijos, disminuir la capacidad de los progenitores de entender los sentimientos y necesidades de estos, y generar vínculos conflictivos, poco sensibles y que producen malestar a sus hijos (Renk y Smith, 2007; Rodríguez y Rodrigo, 2011).

Para finalizar, ha de resaltarse el papel del sexo en la salud mental. El modelo de regresión muestra una leve predisposición de las mujeres a padecer sintomatología clínica, siendo entre 1,3 y 1,8 veces más probable padecer sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en comparación con los hombres. Esto es coherente con lo que han hallado otros estudios (Dalgard *et al.*, 2006), y

subrayan la necesidad de seguir trabajando por mejorar la salud mental de nuestras jóvenes.

El estudio que se presenta tiene limitaciones. Una de las principales es el uso de una muestra integrada exclusivamente por estudiantes universitarios que, además, tiene una media de edad baja (muy cercana a la edad límite inferior de la adultez emergente). Asimismo, su diseño transversal no permite inferir relaciones de causalidad. La utilización de diseños longitudinales y la ampliación del espectro de la muestra, incluyendo jóvenes no universitarios y de mayor edad en futuras investigaciones, solventaría ambas limitaciones.

Pese a las limitaciones mencionadas, el presente estudio contribuye a entender mejor la influencia que, en el contexto español, tiene la calidad de las relaciones familiares en el desarrollo de sintomatología clínica de DAE de la juventud durante su adultez emergente. Aunque el diseño del estudio no permite establecer relaciones causales, los resultados apuntan a un efecto muy nocivo del control psicológico, que se relaciona positivamente con la presencia de sintomatología clínica DAE y un efecto protector de la implicación parental, que se relaciona con una menor presencia de depresión y ansiedad. Así, nuestros resultados revelan la importancia de trabajar con las familias y darles herramientas para que sean contextos óptimos para el desarrollo durante la adultez emergente de los hijos, etapa en la que la familia sigue ostentando un papel clave para el porvenir de los adultos del mañana. Estudios como este son fundamentales para entender los factores que ponen en riesgo y protegen la salud mental de los jóvenes, y ser así base para el desarrollo de intervenciones promotoras de salud basadas en la evidencia.

A modo de conclusión, los resultados de este estudio reflejan que 1 de cada 4 adultos emergentes del ámbito universitario presenta sintomatología clínica de ansiedad, depresión y estrés. La implicación, cariño y apoyo a la autonomía parentales altos son un factor de protección frente a la presencia de esa sintomatología, a diferencia del control psicológico, que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas clínicos. Además, se observan diferencias de género en el desarrollo de sintomatología clínica durante la adultez emergente: las mujeres son más proclives que los hombres a desarrollar sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés.

## Referencias

- Abaied, J. L. y Emond, C. (2013). Parent psychological control and responses to interpersonal stress in emerging adulthood: moderating effects of behavioral inhibition and behavioral activation. *Emerging Adulthood*, 1(4), 258-270. doi: 10.1177/2167696813485737
- Aquilino, W. S. (2006). Family relationships and support systems in emerging adulthood. En J. J. Arnett y J. L. Tanner (dirs.), *Emerging adults in America: coming of age in the 21st century* (pp. 193-217). American Psychological Association.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. doi: 10.1037/0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties* (2ª ed.). Oxford University Press.

- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679-683. doi: 10.1016/S2007-4719(16)30053-9
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clinica y Salud*, 20(2), 177-187. doi: 10.6018/edumed.470371
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. y Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2). doi: 10.5944/rppc.23676
- Barrett, A. E. y Turner, R. J. (2005). Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of health and social behavior*, 46(2), 156-169. doi: 10.1177/002214650504600203
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M. y Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, 173, 90-96. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.054
- Bosh, J. (2015). La transición residencial de la juventud europea y el estado de bienestar: un estudio comparado desde las políticas de vivienda y empleo. *Revista de Servicios Sociales*, 59, 107-125. doi: 10.5569/1134-7147.59.07
- Burton, R. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10, 279-289. doi: 10.31887/DCNS.2008.10.3/espaykel
- Butterfield, R. D., Silk, J. S., Lee, K. H., Siegle, G. S., Dahl, R. E., Forbes, E. E., Ryan, N. D., Hooley, J. M. y Ladouceur, C. D. (2021). Parents still matter! Parental warmth predicts adolescent brain function and anxiety and depressive symptoms 2 years later. *Development and Psychopathology*, 33(1), 226-239. doi: 10.1017/S0954579419001718
- Cardona-Arias, J. A., Perez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S. y Gómez-Martínez, J. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 11(1), 79-89. doi: 10.15332/s1794-9998.2015.0001.05
- Crespo, C., Kielpikowski, M., Pryor, J. y Jose, P. E. (2011). Family rituals in New Zealand families: links to family cohesion and adolescents' well-being. *Journal of Family Psychology*, 25(2), 184-193. doi: 10.1037/a002311
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso Mateos, J. L., Page, H. y Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444-451.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. y Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American journal of orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.534
- Eurostat (2020). Estimated average age of young people leaving the parental household by sex. Europa: *Eurostat Publishing*. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- García-Mendoza, M. D. C., Parra Jiménez, Á. y Sánchez Queija, M. I. (2017). Relaciones familiares y ajuste psicológico en adultos emergentes universitarios españoles. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2), 405-417.
- García-Mendoza, M. D. C., Sánchez-Queija, I. y Parra, Á. (2019). The role of parents in emerging adults' psychological well-being: a person-oriented approach. *Family Process*, 58(4), 954-971. doi: 10.1111/famp.12388

- Grolnick, W. S., Ryan, R. M. y Deci, E. L. (1991). Inner resources for school achievement: motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*, 83(4), 508. doi: 10.1037/0022-0663.83.4.508
- Henderson, A. y Mapp, K. L. (2002). *A new wave of evidence: the impact of school, family, and community connections on student achievement. Annual Synthesis*. Southwest Educational Development Lab.
- Horwitz-Campos, N., Florenzano-Urzuá, R. y Ringeling-Polanco, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 98(2), 144-55.
- Iglesias, B. y Romero Triñanes, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 63-77.
- Inguglia, C., Ingoglia, S., Liga, F., Lo Coco, A. y Lo Cricchio, M. G. (2015). Autonomy and relatedness in adolescence and emerging adulthood: relationships with parental support and psychological distress. *Journal of Adult Development*, 22, 1-13. doi: 10.1007/s10804-014-9196-8
- Kenny, G. A. y Donaldson, M. E. (1991). Contributions of parental attachment and family structure to the social and psychological functioning of first-year college students. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 479-486. doi: 10.1037/0022-0167.38.4.479
- Kerr, M. y Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36(3), 366. doi: 10.1037/0012-1649.36.3.366
- Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Guzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Oakley-Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley-Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... y Bedirhan-Üstün, T. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Lamborn, S. y Groh, K. (2009). A four-part model of autonomy during emerging adolescence: relations with adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 393-401. doi: 10.1177/0165025409338440
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2ª ed.). Psychology Foundation.
- Luciano, M. M. (2009). Autonomy and relatedness reconsidered: learning from the Inuit. *Culture and Psychology*, 15, 451-462. doi: 10.1177/1354067X09345603
- Marthoenis, M., Meutia, I., Fathiariani, L. y Sofyan, H. (2018). Prevalence of depression and anxiety among college students living in a disaster-prone region. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(4), 337-340. doi: 10.1016/j.ajme.2018.07.002
- Nieto-Casado, F. J., Antolín-Suárez, L., Rodríguez-Meirinhos, A. y Oliva, A. (2022). Effect of parental competences on anxious-depressive symptoms and suicidal ideation in adolescents: exploring the mediating role of mindfulness. *Children and Youth Services Review*, 138, 106526. doi: 10.1016/j.childyouth.2022.106526
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223. doi: 10.1344/%25x
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anuario de Psicología*, 23, 49-56. doi: 10.6018/analesps

- Oliveira, C., Fonseca, G., Sotero, L., Crespo, C. y Relvas, A. P. (2020). Family dynamics during emerging adulthood: reviewing, integrating, and challenging the field. *Journal of Family Theory & Review*, 12(3), 350-367. doi: 10.1111/jftr.12386
- Padilla-Walker, L. M. y Nelson, L. J. (2012). Black hawk down? Establishing helicopter parenting as a distinct construct from other forms of parental control during emerging adulthood. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1177-1190. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.03.007
- Parra, Á. y Oliva, A. (2006). Un análisis longitudinal sobre las dimensiones relevantes del estilo parental durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 29(4), 453-470. doi: 10.1174/021037006778849594
- Parra, A., Oliva, A. y Reina, M. C. (2015). Family relationships from adolescence to emerging adulthood: a longitudinal study. *Journal of Family Issues*, 36(14), 2002-2020. doi: 10.1177/0192513X13507570
- Parra, A., Oliva, A. y Sánchez-Queija, I. (2015). Development of emotional autonomy from adolescence to young adulthood in Spain. *Journal of Adolescence*, 38, 57-67. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.11.003
- Pedersen, D. E. (2017). Parental autonomy support and college student academic outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2589-2601. doi: 10.1007/s10826-017-0750-4
- Pedrelli, P., Nyer, M., yeung, A., Zulauf, C. y Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic psychiatry*, 39(5), 503-511. doi: 10.1007/s40596-014-0205-9
- Pinheiro, C. y Mena, P. (2014). Parental relationships, self-esteem and depressive symptoms in young adults. Implications of interparental conflicts, coalition and triangulation. *Universitas Psychologica*, 13(3), 907-921.
- Renk, K. y Smith, T. (2007). Predictors of academic-related stress in college students: an examination of coping, social support, parenting, and anxiety. *Naspa Journal*, 44(3), 405-431. doi: 10.2202/1949-6605.1829
- Robbins, R. J. (1994). *An assessment of perceptions of parental autonomy support and control: child and parent correlates* [Tesis doctoral no publicada], Department of Psychology, University of Rochester.
- Robinson, E., Rodgers, B. y Butterworth, P. (2008). Family relationships and mental illness: impacts and service responses. *Australian Family Relationships Clearinghouse*, 4, 1-19.
- Rodríguez, B. y Rodrigo, M. J. (2011). El "nido repleto": la resolución de conflictos familiares cuando los hijos mayores se quedan en el hogar. *Cultura y Educación*, 23, 89-104. doi: 10.1174/113564011794728551
- Román, F., Santibáñez, P. y Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de depresión ansiedad estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336. doi: 10.1016/S2007-4719(16)30053-9
- Rork, K. E. y Morris, T. L. (2009). Influence of parenting factors on childhood social anxiety: direct observation of parental warmth and control. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(3), 220-235. doi: 10.1080/07317100903099274
- Sánchez-Queija, I., Parra, Á., Camacho, C. y Arnett, J. (2020). Spanish version of the Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood (IDEA-S). *Emerging Adulthood*, 8(3), 237-244. doi: 10.1177/2167696818804938
- Siddiqui, I. J. (2011). Lack of parental involvement: stress prone children. *International Journal of Education & Allied Sciences*, 3(2), 43-48.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.

- Speyer, L. G., Hall, H. A., Hang, Y., Hughes, C. y Murray, A. L. (2022). Within-family relations of mental health problems across childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(11), 1288-1296. doi: 10.1111/jcpp.13572
- Storrie, K., Ahern, K. y Tuckett, A. (2010). A systematic review: students with mental health problems—a growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1-6. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x
- Tanner, J. L. (2016). Mental health in emerging adulthood. En J. J. Arnett (dir.), *The Oxford handbook of emerging adulthood* (pp. 499-520). Oxford Academic.
- Van der Giessen, D., Branje, S. y Meeus, W. (2014). Perceived autonomy support from parents and best friends: longitudinal associations with adolescents' depressive symptoms. *Social Development*, 23(3), 537-555. doi: 10.1111/sode.12061
- Vroljik, P., Van Lissa, C. J., Branje, S. J., Meeus, W. H., & Keizer, R. (2020). Longitudinal linkages between father and mother autonomy support and adolescent problem behaviors: between-family differences and within-family effects. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(11), 2372-2387. doi: 10.1007/s10964-020-01309-8
- Wijsbroek, S. A., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. y Meeus, W. H. (2011). The direction of effects between perceived parental behavioral control and psychological control and adolescents' self-reported GAD and SAD symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(7), 361-371. doi: 10.1007/s00787-011-0183-3
- Wolfradt, U., Hempel, S. y Miles, J. N. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 521-532. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00092-2
- Wong, M. M. (2008). Perceptions of parental involvement and autonomy support: their relations with self-regulation, academic performance, substance use and resilience among adolescents. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 497-518.

RECIBIDO: 23 de mayo de 2022

ACEPTADO: 12 de septiembre de 2022