

11241
5
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"SAN FERNANDO."

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES CON
ENFERMEDAD FISICA CRONICA Y DISFUNCION FAMILIAR**

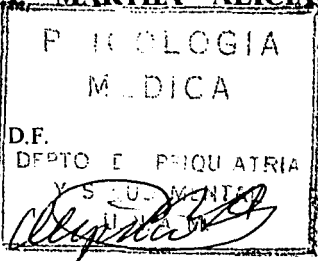
TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO COMO ESPECIALISTA EN

PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DRA. MARTHA ALICIA COSTILLA DOMINGUEZ



MEXICO,

D.F.
DEPTO. DE PSIQUIATRIA

FEBRERO, 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTOR : DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
HOSPITAL DE PEDIATRIA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
PROFESOR ADJUNTO DE PSIQUIATRIA IMSS
DOCENTE DEL CURSO DE PSIQUIATRIA UNAM



ASESORES DE TESIS :



PSIC. MA TERESA SOLEDAD ENRIQUETA CRUZ LUNA

PSICOLOGA COMISIONADA EN LA JEFATURA DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DR. DAVID AGUILAR MEDINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
HOSPITAL DE PEDIATRIA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

MI AGRADECIMIENTO

A LA PSICOLOGA ENRIQUETA CRUZ LINA

Por su apoyo y colaboracion

AL DR. ARMANDO ANATA

AL DR. DATED ANILAR

Por su valiosa cooperaci3n

A LA DRA. ENA CORLAT NORIEGA

A LA DRA. ADRIANA FLORES SUAREZ

AL DR. FERNANDO ANATA ATALA

Por su paciencia y compresi3n, por su valioso tiempo.

ESPECIALMENTE PARA EL DR. JUAN MANNEL SAUCEDA GARCIA

Por sus ensefanzas y apoyo para la culminaci3n de este estudio.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Por su cariño, comprensión, en agradecimiento por su ejemplo, compañía y apoyo incondicional, elementos fundamentales para este objetivo.

A MIS HERMANOS Y SOPRINO

Nancy, Andrés, Gustavo, Nelly y Ernesto, por su cariño y confianza

A LOS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Un agradecimiento especial, por su participación, ya que sin su aportación no habria sido posible realizar este estudio.

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Y EN ESPECIAL AL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL C.M.N.
SIGLO XXI

Por las facilidades prestadas para llevar a feliz término este proyecto.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. OBJETIVO.....	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V. HIPOTESIS.....	11
VI. PACIENTES, MATERIAL Y METODOS.....	11
VII. PROCEDIMIENTO.....	14
VIII. DISEÑO ESTADISTICO.....	16
IX. RESULTADOS.....	17
X. DISCUSION.....	18
XI. CONCLUSION.....	20
XII. TABLAS Y ANEXOS.....	21
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	25

INTRODUCCION

La necesidad de conocer en forma más completa a los niños y adolescentes nos hace estudiarles desde diversos puntos de vista. La epidemiología de la enfermedad pediátrica ha cambiado completamente en los últimos cuarenta años. En el pasado las infecciones eran la principal causa de enfermedad tanto en el medio ambulatorio como en el hospitalario. Con el advenimiento de los antibióticos y las inmunizaciones, la naturaleza de los padecimientos y su frecuencia está cambiando, de tal modo que los trastornos psicosociales son más evidentes, y más frecuentemente observados en la práctica intrahospitalaria sobre todo en los casos de niños con enfermedades crónicas. Consecuentemente el Psiquiatra infantil a menudo se encuentra con difíciles decisiones de diagnóstico diferencial entre los efectos primarios de la enfermedad crónica, los efectos secundarios de los tratamientos y la sintomatología depresiva.¹

La depresión en los niños incluye la misma cantidad de síntomas del adulto, aunque expresados en ocasiones no por la pesadumbre y la falta de impulso vital sino por la inquietud y los problemas de aprendizaje y por la

incapacidad para desarrollarse en forma adecuada y armónica con las consecuencias lógicas esperadas.²

Desde un punto de vista finalista no existe ninguna patología que no se acompañe de cierto grado de depresión, sobre todo en los niños hospitalizados. Esto puede ser debido a una reacción secundaria de adaptación a una enfermedad aguda o crónica, o ser primaria y presentarse con síntomas psicósomáticos y problemas de conducta.³

ANTECEDENTES

Las investigaciones epidemiológicas de los trastornos mentales han progresado con mayor amplitud en la población adulta que en la comunidad infantil. Una encuesta efectuada en 150 adolescentes de 14 a 16 años de edad de una muestra comunitaria empleando criterios diagnósticos conservadores indicó que la prevalencia de depresión (depresión mayor y distimia) era del 80%. Además se observó con una presentación 4 veces más frecuente en mujeres que en varones.⁴

Rutter y cols concluyen que muchos de los jóvenes de 14 a 15 años de edad experimentan sentimientos internos de alteraciones afectivas que podrían describirse como tormentas internas.⁵

Los tipos predominantes de trastornos depresivos que se encuentran durante la infancia y la adolescencia son depresión mayor, distimia y trastornos de adaptación con humor deprimido. En los adolescentes deprimidos pueden encontrarse conducta antisocial, propensión al consumo de alcohol o drogas, deseos de abandonar el hogar, sentimientos de no ser comprendidos o aprobados, inquietud, mal humor, agresividad, resentimiento y poca cooperación en actividades familiares o escolares. Es frecuente

encontrar retraimiento, descuido al aspecto personal, aumento de la emotividad e hipersensibilidad al rechazo.^{6, 7}

En los adolescentes los síntomas son muy semejantes a la depresión del adulto, pero existen algunas diferencias en relación a los rasgos de personalidad, presentándose perfeccionismo, meticulosidad, agresividad, autocrítica y reacción negativa ante el fracaso. Existe una continuidad entre las alteraciones afectivas que se presentan en la infancia con lo que ocurre en los adultos. Quienes fueron deprimidos cuando niños suelen requerir atención hospitalaria por problemas afectivos al llegar a la edad adulta.^{8, 9, 10}

La patología crónica forma parte de la práctica médica mucho más hoy que antes. Gran parte del cuidado de estos niños se ha derivado en los últimos veinte años a los centros de tercer nivel de atención resultando en cuidado de alto nivel para la mayoría de los pacientes.¹¹ Quizá lo más importante sea el reconocimiento actual de que los niños con enfermedad crónica tienen muchas necesidades en común, independientemente de cual sea su enfermedad. En estos niños el desarrollo psicológico y las consecuencias psicosociales de la afección física crónica se presentan con una mayor cantidad de problemas psicosociales al compararlos a otros niños sin patología crónica. El cómo funcione un niño en la escuela, en su familia y con

sus compañeros depende más en la forma de tratar los aspectos psicosociales que de la enfermedad que padece. El éxito del cuidado de los niños (con o sin enfermedad crónica) deriva de la ayuda que se les ofrezca para alcanzar su completo potencial de funcionamiento en la sociedad.¹²

La enfermedad física añade otra situación crítica a la fuerte dosis ya existente de confusión a la que los adolescentes tienen que enfrentarse. Se encuentran particularmente sometidos a dos peligros en la promoción de sus planes de vida y metas a alcanzar en relación a su enfermedad: 1) sobrevalorar las limitaciones e inferencias potenciales de la enfermedad sucumbiendo a su sentido de inutilidad y desesperación y 2) negando sus limitaciones reales y frustrándose excesivamente cuando no pueden alcanzar sus metas imposibles.^{13, 14}

Se han realizado varios estudios en relación a padecimientos crónicos, observando reacción depresiva en pacientes con enfermedad crónica e incapacidad que tenían mayor impacto en su vulnerabilidad debido a su estrés físico y psicológico, complicando la transición hacia la adultez.¹⁵

Wolman en 1994 estudió 1683 adolescentes con condiciones crónicas en comparación con 1650 adolescentes normales, concluyendo que los adolescentes con condiciones crónicas se encuentran con mayor depresión

que los adolescentes sin condiciones patológicas crónicas. Además menciona que el tener una incapacidad no es el factor determinante mayor en el estado emocional, sino que la condición familiar es fundamental para la salud emocional del adolescente.¹⁶

Los adolescentes con enfermedades crónicas se ven más alterados por esta situación. La literatura sugiere que los adolescentes con necesidades especiales para la salud tienen más depresión y otros problemas familiares que sus pares. Está claro que la enfermedad crónica no tiene un impacto uniformemente negativo en la imagen corporal, sino más bien influyen muchos factores que determinan el impacto de los enfermedades crónicas: 1) el grado y tipo de incapacidad específica, aquellos con trastornos leves parecen tener más dificultades emocionales que aquellos con limitaciones de movilidad más severa, 2) el grado de viabilidad; contrario a la creencia común aquellos que tienen condiciones no evidentes tienen más problemas emocionales que aquellos con limitaciones visibles o deformidades, 3) pronóstico; el estrés de la incertidumbre es mayor que cuando el curso es conocido, 4) curso de la enfermedad; aquellos que tienen recaídas frecuentes presentan más alteraciones emocionales que aquellos que tienen condiciones crónicas persistentes, 5) aquellas condiciones que cuestan más en términos de

dolor, cuidado, tiempo, dinero son las que presentan mayor alteración emocional.^{17, 18}

Los adolescentes crónicamente enfermos presentan más depresión que sus pares debido a que no tienen el mismo acceso a las experiencias socializadoras, ya que están más aislados. Muchos de ellos se resignan a sacrificar parte de su independencia por su enfermedad, encontrando día a día maneras de vivir, de disfrutar de sí mismos, de soñar acerca de planes futuros y clamar por sus derechos de vivir normalmente, de acuerdo a sus criterios de adolescente.¹⁹

En relación a la familia de los adolescentes con enfermedades crónicas, ésta desempeña un papel central en la vida de todos los jóvenes y provee la estructura primaria dentro de la cual ocurre el desarrollo. Tendemos a creer que la enfermedad impacta a la familia, pero en realidad hay un proceso interactivo continuo con el adolescente, la familia y la condición crónica. Para muchas familias que tienen un adolescente con enfermedad discapacitante o incapacitante, la pubertad presenta un tiempo de crisis emocional cuando se percatan de que la realidad es que su hijo o hija no permanecerá como niño para siempre cuando las familias son confrontadas con posibles limitaciones futuras en sus hijos, los padres casi siempre tienen preguntas complejas,

como por ejemplo: a) riesgo genético, b) expectativas de vida, c) capacidades sexuales, d) habilidades sociales, e) potencial académico y profesional.²⁰ Así como sus adolescentes, la familia tiende a estar socialmente aislada, tiene menos contacto con sus amigos y utilizan los servicios comunitarios menos que otras familias. Además se ha demostrado que el sufrir una incapacidad no es un factor que influye en el estado emocional, lo fundamental es un buen funcionamiento familiar para lograr la salud emocional del adolescente.²¹

En años recientes se ha observado un gran crecimiento y reconceptualización del impacto de las enfermedades crónicas en los adolescentes y sus familias, hay ahora la tendencia a identificar familias con psicopatología además de estudiar el funcionamiento psicológico en el adolescente ya que la naturaleza de la reacción del adolescente, padre y hermanos es muy compleja y aún no se ha dilucidado en su totalidad, por lo que continúa en estudio.²²

OBJETIVO

DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD CRONICA Y DISFUNCION FAMILIAR.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUAL ES LA PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD CRONICA Y DISFUNCION FAMILIAR?

JUSTIFICACION

SE HA OBSERVADO QUE HOY EN DIA LA PSIQUIATRIA DE NIÑOS PUEDE PROPORCIONAR UN APOYO IMPORTANTE A LA PRACTICA DE LA PEDIATRIA.

LOS PACIENTES CRONICAMENTE ENFERMOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE SALUD MENTAL TIENEN EN ALGUN MOMENTO CIERTAS MANIFESTACIONES DE DEPRESION Y ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR, POR ESO SE JUSTIFICA DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD CRONICA Y SU FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, YA QUE DE ELLOS SE PODRIAN DERIVAN IMPLICACIONES TERAPEUTICAS IMPORTANTES.

HIPOTESIS

EXISTE UNA PREVALENCIA DEL 80% DE DEPRESION EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD CRONICA Y DISFUNCION FAMILIAR.

PACIENTES, MATERIAL Y METODOS.

1. Diseño del estudio.

Es un estudio observacional, transversal y descriptivo.

2. Universo de trabajo.

El estudio se realizó en el Departamento de Salud Mental del Hospital de Pediatría del C.M.N. Siglo XXI del IMSS en pacientes adolescentes con enfermedad crónica de más de 6 meses de evolución y con disfunción familiar.

3. Criterios de Inclusión

Todos los adolescentes con enfermedad crónica de más de 6 meses de evolución posterior al diagnóstico, con disfunción familiar que ingresen en el periodo de agosto a septiembre de 1994.

4) Criterios de Exclusión.

Adolescentes con menos de 6 meses de evolución de enfermedad crónica y sin disfunción familiar.

5) Tamaño de la muestra.

Todos los pacientes adolescentes que fueron internados en el Hospital de Pediatría del C.M.N. Sigo XXI del 1º de agosto al 30 de septiembre de 1994.

6) Definición de Variables.

Disfunción familiar: desequilibrio en el funcionamiento familiar caracterizado por alteraciones emocionales, conductuales y de comunicación en los miembros de la familia.²⁵ Para medir se utilizó una escala cualitativa ordinal, la escala McMaster de funcionamiento global de la familia.²⁴

Depresión: síndrome caracterizado, en los niños y adolescentes, por estado de ánimo irritable o pérdida de interés o de placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados, durante dos semanas como mínimo, se utilizó la escala cualitativa ordinal Children's Depression Scale (CDS).²³

Enfermedad crónica: aquella con más de 6 meses de evolución que afecta el desarrollo de las funciones físicas, las relaciones familiares y sociales.

7. Procedimiento.

Se realizó la investigación en el Departamento de Salud Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en todos los adolescentes que ingresaron a hospitalización y que presentaban un padecimiento biomédico de más de 6 meses de evolución, durante un período de tiempo comprendido de agosto a

septiembre de 1994. Se contó con la previa autorización del paciente y su progenitor. El adolescente fué entrevistado por la tesista, quien le solicitó contestara dos escalas: El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) que consta de 66 ítems, de los que 18 son positivos y 48 son de tipo depresivo. Los dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: total de depresivos y total de positivos (TD y TP). Esto se correlaciona en una tabla de decatipo, la cual nos indica la existencia de depresión si se encuentra entre los rangos 1, 2, 3, 8, 9 y 10.²³

La escala de funcionamiento familiar de McMaster en su forma abreviada consiste en 12 ítems cuyo punto de corte es 2.3 por arriba del cual se considera la existencia de disfunción familiar.²⁴

Ambas escalas son autoaplicables y fueron aplicadas y revisadas por la tesista para confirmar que el paciente las había comprendido correctamente.

Se estudiaron 30 pacientes con diversas enfermedades crónicas como leucemia, insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo, lupus eritematoso sistémico, hiperplasia suprarrenal, problemas oncológicos y hemofilia clásica, entre otras.

8. Análisis Estadístico.

Se utilizó análisis de frecuencia.

RESULTADOS

Del 100% de los pacientes (n=30) se encontró que el 40% (n=12) presentaba disfunción familiar, y de ellos 5 pacientes (42%) presentaron tanto disfunción familiar como depresión. El 60% (n=3) fueron de sexo masculino y el resto (n=2) fueron de sexo femenino, las edades fueron de 13 a 15 años.

En cuanto a las enfermedades subyacentes había insuficiencia renal crónica en dos pacientes, hemofilia clásica en uno y problemas oncológicos en dos.

DISCUSION

La depresión se puede estudiar como sintoma, síndrome o entidad nosológica, y es a veces difícil de detectar en niños y adolescentes. En este trabajo fué estudiada como síndrome según los criterios del Children's Depression Scale (CDS)

En población abierta la prevalencia de la depresión va del 4.5% al 10.5% en niños y adolescentes. Aquellos con enfermedades biomédicas llegan a tener una prevalencia de depresión en el 80% de los casos.⁴

También se ha visto que es aún mayor cuando al estrés de la enfermedad crónica se agrega la disfunción familiar.¹⁶ Wolman y cols lo explican en base a que una familia disfuncional proporciona menos apoyo al adolescente enfermo lo cual favorece la aparición de la depresión en éste.

En el estudio que nos ocupa, de las familias de los treinta pacientes sólo 12 fueron disfuncionales; en cinco de los casos el paciente estaba deprimido y en siete de los casos no hubo depresión. Esto arroja un 42% de depresión en los adolescentes con enfermedades crónicas y disfunción familiar.

Comparado con el 80% descrito previamente⁴, el 42% es menor, lo cual puede ser explicado por el pequeño tamaño de la muestra. Sin embargo, este

porcentaje es indudablemente mayor que lo habitual en la población general, lo cual indica la mayor prevalencia de la depresión en los adolescentes crónicamente enfermos.

Otra posible razón para explicar la relativamente baja prevalencia de depresión en pacientes crónicamente enfermos y con familias disfuncionales puede ser el hecho de que el adolescente de todas formas recibe apoyo emocional aunque su familia sea disfuncional.

En este estudio, de los treinta casos considerados, hubo doce familias disfuncionales y dieciocho familias funcionales. En las familias disfuncionales el 42% de los pacientes estaban deprimidos y en las familias funcionales el 38% estaban deprimidas. Las diferencias entre ambos grupos son mínimas y no significativas, por lo cual no fué posible demostrar la hipótesis de que ocurre más depresión en los adolescentes enfermos cuando existe disfunción familiar. (tabla 1 y 2)

CONCLUSIONES

1. En este estudio encontramos una mayor depresión en los adolescentes crónicamente enfermos (40%) que en la población general (del 4.5% al 10.5%).
2. La prevalencia de la depresión en los adolescentes enfermos no aumenta cuando la familia es disfuncional.
3. El reducido tamaño de la muestra no permite obtener conclusiones generalizables.

TABLA 1. Tipos de Familia.

Tipos de Familia	Número	%
Funcional	18	60
Disfuncionales	12	40
Total	30	100

Servicio de Salud Mental
Hospital de Pediatría, C.M.N. Siglo XXI.

TABLA 2. Familias Disfuncionales y Depresión.

Familias disfuncionales y depresión	Número	%
Con depresión	5	42
Sin depresión	7	58
Total	12	100

Servicio de Salud Mental
Hospital de Pediatría, C.M.N. Siglo XXI.

ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIO CDS

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.

32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él
33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
40. Creo que mi madre/padre está muy orgullosos de mí.
41. Soy una persona muy feliz.
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
43. Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en el colegio me siento cansado todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé porqué me dan ganas de llorar.
51. A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio, siento que no valgo para nada.
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
58. Creo que mi vida es desgraciada.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

ANEXO 2.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL DE LA FAMILIA.

Responda en la columna correspondiente con una cruz qué tanto lo siguiente se aplica a su familia.

EN MI FAMILIA:

	muy de acuerdo	un poco de acuerdo	un poco en desacuerdo	completo desacuerdo
1. Planear las actividades familiares es difícil porque no nos damos a entender claramente				
2. Cuando tenemos una crisis no apoyamos unos a otros.				
3. Cuando sentimos tristeza no nos lo decimos.				
4. Cada quien es aceptado como es, se respeta la individualidad.				
5. Evitamos discutir nuestros miedos y preocupaciones.				
6. Sí nos decimos lo que sentimos unos a otros.				
7. Hay muchos resentimientos.				
8. Nos sentimos aceptados como somos.				
9. Llegar a una decisión es un verdadero problema.				
10. Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas.				
11. No nos llevamos cuando estamos juntos.				
12. Nos tenemos confianza unos a otros.				

BIBLIOGRAFIA

1. Herzog DD, Jellinek MS. Introducción a la consulta psiquiátrica infantil, en Cassem Ned H *Psiquiatría de enlace en Hospital General*, 3a ed, Madrid. Diaz Santos 1994: 601-606.
2. Olivares Rodríguez A. *Incidencia de depresión en niños escolares y adolescentes en Hospital General, Centro Médico La Raza del IMSS*. Tesis, Universidad Autónoma Nacional de México. México D.F. 1989.
3. Ochoa MG. El manejo psiquiátrico infantil en un hospital general. *Rev Mex Psiquiat Infant* 1994; 3(2):34-36.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos afectivos mayores, en *Compendio de psiquiatría*, 2a ed, Kaplan HI, Barcelona, Salvat 1987:246.
5. Shaw JA. Depresión durante la infancia. Ansiedad y Depresión, en *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. Madrid Interacadémica 1988; 4:887-889.
6. Contreras CM, Gutierrez Alanís T, Lara Morales H. La depresión en las etapas tempranas de la vida. *Psiquis* 1994; 3(2):31-35.
7. Lesse S. Hypochondriacal and psychosomatic disorder, masking depression in adolescents. *Am J Psychoter* 1981; 35(2):356-367.
8. Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescents depression I Psychiatric Status. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 465-473.
9. Kashani JH, Rosenberg TK, Reind JC. Developmental perspective in child and adolescents depressive symptoms in a community sample. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 871-875.
10. Kaslow MJ, Tanenbaum RL, Abeamsom LY, Peterson C, Seligman M. Problem solving deficits and depressive symptom among children. *J Abn Child Psychol* 1983; 11: 497-502.

11. Gortmarker SL, Sappenfred W. Afecciones crónicas en la infancia, incidencia e impacto, en *Clínicas pediátricas de Norteamérica*. Enfermedades crónicas de la infancia, Madrid Interacadémicas, 1984; 1: 3-19.
12. De Ajuriaguerra JD, Marcelli J. El niño y el mundo médico, en *Manual de Psicopatología del niño*, De Ajuriaguerra JD, Barcelona. Manson 1992: 397-402.
13. Eiser C. Integration with developmental psychology. Chronic childhood disease, *Cambridge University Press*, 1990:3-6.
14. Eiser C. Adjustment in the child with chronic disease. Chronic childhood disease. *Cambridge University Press* 1990: 42-60.
15. Gerben Sinnema. Youths with chronic illness and disability on their way to social and economic particip a health-care perspective. *J of Adolesc Health* 1992; 13 (5): 369-371.
16. Wolman D, Resnieck DM, Harris LJ, Blum MD. Emotional well-bearing among adolescents with and without chronic conditions. *J of Adolesc Health* 1994; 15:199-204.
17. Mrazek DA, Psych Chronic Pediatric illness and multiple hospitalizations. Lewis Melvin, en *Child and Adolescents Psychiatry*, 4a ed Philadelphia, Willams y Wilkins 1991: 1041-1050.
18. Howe GW, Feinstein C, Reissess D, Mollocks, Berger K. Adolescent adjustment to chronic physical disorders I. Comparing neurological and not neurological conditions. *J Child Psychol* 1993; 34(7): 1153-1171.
19. Eiser C. Psychological effects of chronic disease. *J Child Psychol Psychiat* 1990; 34(1): 85-98.
20. Kashain JK, Canfield LA, Borduin ChN, Soltys SM, Reid JC. Perceived family and social support: Impact on children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(6): 819-823.

21. Kornblith AB, Anderson J, Cuellar DF, Torss S, Zuckermann E. Hodgkin disease survivors at increased risk for problem in psychosocial adaptation. *Cancer* 1992; 70:2214-2224.
22. Kupst MJ. Family coping. *Cancer* 1993; 71:3337-3341.
23. Tisher M, Lang M. La escala de la depresión para niños: revisión y perspectiva, en *Trastornos afectivos de la infancia y de la adolescencia*, Barcelona, Martínez Rojas 1987: 163-181.
24. Byles J, Byrne C, Boyle M, Offord D. Ontario Child Health Study: Reability and Validity of the general functioning subscale of the McMaster family assesment device. *Fam Proc* 1988; 27:97-104.
25. Saucedá García JM, Focerrada Moreno. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. *Rev Med IMSS* 1985; 23:159.