

01521
89

A



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**“LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE
CON TRASTORNO DEPRESIVO EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:**

ENRIQUETA VALENZUELA CRUZ



**DIRECTORA DE TESIS:
LIC. ROSALBA TENORIO HERRERA**

MEXICO, D.F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

B

Índice.

Agradecimientos.

Introducción	I - III páginas
I. Capitulo mujer adolescente	1 - 20 paginas
II. Capitulo la familia	21 – 32 paginas
III. Capitulo metodología	33 – 40 paginas
IV. Capitulo resultados de investigación	41 – 48 paginas
V. Capitulo propuestas	49 - 54 paginas
Conclusiones	55 – 56 paginas
Glosario	57 - 59 paginas
Anecdotalario	60 – 64 paginas
Bibliografía	65 – 69 paginas
Anexos.	70 – 84 paginas

C

AGRADECIMIENTO.

**A mi madre Lupita y mi hermana Juanita sabiendo que jamás
existirá una forma de agradecer una vida de lucha,
trabajo, sacrificio y esfuerzos constantes;
solo deseo que comprendan que mi logro no es solo mío
si no suyo también, este a sido inspirado en ustedes,
dos grandes mujeres
las cuales admiro profundamente.**

Con respeto y cariño.

D

Agradecimientos profesores y maestros.

Por el apoyo, e interés que me brindaron durante la realización de este trabajo por que sin ustedes no lo hubiera logrado este resultado.

Agradezco de forma general porque cada uno de ustedes me dieron ideas e inyectaron en mi la motivación para que mi trabajo fuera cada día mejor, y con sus comentarios me permitieron amar y respetar más mi profesión.

I

Introducción.

La realización de esta tesis tiene múltiples razones e intereses, entre ellas están las profesionales como las personales. Interés que va encaminado al estudio y la investigación de tres variables mujer - familia – depresión esta tríada es la base de la presente tesis.

Durante la formación profesional tuve el interés acerca de la salud mental como primera opción de estudios pero por una razón estudié Trabajo Social carrera que me a dado múltiples satisfacciones personales, con la cual me siento agradecida por cada una de ellas. Al tomar la decisión de realizar el servicio social y las practicas institucional retomo la salud mental, momentos que me permiten reunir el Trabajo Social y la Psiquiatría; dentro del **Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muños"**.

El **Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muños"**, se encuentra en la calzada México Xochimilco n. 101 col. San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan.

En el instituto se desarrollo en un alto grado la investigación y la formación profesional, tiempo atrás eran las prioridades del instituto, y en un menor porcentaje la atención de usuarios. Actualmente la investigación, la formación profesional y la atención, se realizan en un mismo porcentaje; una de las causas principales de tal cambio es que el numero de pacientes psiquiátricos que va en aumentado en relación con el aumento de población.

El crecimiento de la población y el aumento de población con padecimientos psiquiátricos en la sociedad dentro de esta ciudad con múltiples problemáticas, la depresión es un padecimiento que va en aumento recientemente por las características de este.

Dentro del instituto trabajan profesionales en forman equipos multidisciplinarios; al área de los Trabajadores Sociales le falta ser reconocido por las pocas investigaciones que realiza al año; esta debe ser una tarea que no se puede dejar de lado, por solo trabajar directamente en la atención de los pacientes ya que esta es prioritaria. Para que el departamento de trabajo social sea tomado en cuenta por cada una de sus capacidades profesionales; sería importante que en su plan de trabajo anual establecieran metas dirigidas a la investigación.

La mujer es parte de una construcción social, la familia es uno de los elementos que dan forma al individuo social, y es dentro de la estructura de la familia que se da esta construcción; por lo tanto la mujer es resultado de esta.

De ahí el interés por investigar a la familia y su estructura en relación con la adolescente depresiva; para lo cual se analiza la triada en un marco teórico como referencia para comprender los conceptos y su relación.

La presente tesis titulada "La estructura familiar de la adolescente con trastorno depresivo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente"; la presente una investigación retrospectiva y descriptiva del presente tema; se desarrolla en cinco capítulos, a continuación una breve introducción.

El primer capítulo se titula mujer adolescente este capítulo se divide en dos partes la primera parte se analiza la adolescencia de acuerdo a como se define esta etapa de la vida y sus características, se presentan algunas teorías (evolutiva, psicoanalítica y humanista); se analizan aspectos biológicos, psicológicos y sociales en esta parte se analiza la identidad; y se establece una relación entre una breve introducción sobre mujer adolescente. La segunda parte se revisa lo que son los Trastornos del estado de ánimo con el objeto de conocer el entorno de la depresión y explicar que es esta; y la presentación de la en el siguiente apartado se presenta la depresión de acuerdo con la clasificación diagnóstica, se presenta lo referente a la epistemología (casos estadísticamente representados de la existencia de la depresión) por ejemplo demostrar la existencia, el grado, el riesgo y frecuencia del padecimiento; en otro apartado se desarrolla la etiología es decir causas de la depresión; se presenta la clasificación de la depresión endógena, exógena, y somáticas; se revisa la depresión y su sintomatología; dando una breve conclusión con un análisis del trastorno depresivo de la mujer adolescente.

En el segundo capítulo titulado la familia se analiza el concepto de familia de acuerdo a la teoría sistémica y el modelo estructural corriente que se utiliza para trabajar en la presente tesis; donde se conceptualiza la estructura familiar por lo que se revisa cada parte de la estructura familiar como son los subsistemas, roles, (jerarquía), límites, alianzas, coaliciones, territorio y geografía conceptos que se desglosan, la dinámica familiar es otra temática importante dentro de las relaciones familiares donde se analiza la comunicación, funcionamiento de roles e involucramiento afectivo, desglosando cada tema de forma amplia. El ciclo vital de la familia de acuerdo con las corrientes en que lo revisa algunos autores que dan parámetros introducen al tema, en especial se revisa ampliamente el ciclo vital de la familia de Lauro Estrada. Se presentan los diferentes tipos de familia de acuerdo con la teoría sistémica; se concluye el capítulo con una breve conclusión sobre la relación de los conceptos y funcionamiento de la estructura y el trastorno depresivo y la adolescente.

III

En el tercer capítulo titulado **metodología**, donde se presenta la metodología de la investigación (desarrollo del proceso de la investigación) se presenta la justificación, el planteamiento del problema, objetivo, hipótesis, los instrumentos de recolección de información, y las pruebas presenta el cómo aplicarlas y evaluarlas; en otro apartado se revisa el método de la investigación es decir como se realiza, en tiempos y procesos.

El cuarto capítulo con el título **resultados de la investigación**, donde se presenta la interpretación de los datos tanto cualitativos y cuantitativos; Se realiza el cruce de variables es decir se relacionan temas, con los resultados de los datos obtenidos y la relación de los conceptos teóricos del marco teórico, se presentan gráficas descriptivas para mostrar las variables y frecuencias.

En el quinto capítulo titulado **propuestas**, se presenta las funciones y las capacidades del profesional Trabajadores Sociales en conjunto con el equipo multidisciplinario en una institución de este tipo, en otro apartado se propone un programa titulado: Programa de intervención para familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo; de primer ingreso en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muños"; presentando el proceso de la aplicación resaltando las funciones del Trabajadores Sociales.

En la última parte de la presente tesis se presenta una conclusión, cuenta con un glosario con términos técnicos psiquiatras, un anecdotario de las entrevistas, bibliografía; y un anexo de pruebas aplicadas y documentos utilizados para el logro de esta tesis.

IV

I. Capítulo Mujer adolescente.

1. Perspectiva introductoria de la adolescencia.

La vida del individuo transcurre por etapas de crecimiento y desarrollo tanto físico, psicológico y social; es durante la adolescencia que este proceso se convierte en una etapa complicada ya que ésta es larga y compleja.

Peter Blos en: psicoanálisis de la adolescencia.

"La adolescencia está caracterizada principalmente por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta. Además que los adolescentes de ambos sexos se ven afectados por los cambios físicos en su propio cuerpo; el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la calidad de vida afectiva". (28-30 Pág.)

De acuerdo a este autor, concluyo que la adolescencia debe ser considerada en función de su estructura, de sus condiciones culturales y su tiempo histórico, en que se vive esta época de la vida, otro aspecto relevante que hay que tomar en cuenta son los efectos que varían de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro, de una cultura a otra y de una generación a otra. Es importante estar consciente de que hay variaciones individuales y que se les debe conocer y entender.

Son seis los puntos importantes a tomar en cuenta para el estudio del adolescente.

1. Durante la adolescencia el individuo adquiere conciencia de sí mismo.
2. Es una época de búsqueda de estatus como individuos; la sumisión de la infancia tiende a encaminarse de la autonomía paterna y, por lo general, existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que él adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades.
3. Las relaciones de grupo adquieren mayor importancia.
4. Es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común; se producen cambios corporales con el objeto de alcanzar la madurez física.
5. Etapa de desarrollo intelectual.
6. La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores; es un tiempo de conflicto entre la fantasía juvenil y la realidad.²

¹ Blos, P. Psicoanálisis de la adolescencia. Buenos Aires, ED. Piados, 1999, 28-30Pág.

² John E. Horrocks. Psicología de la adolescencia. México, ED. Trillas, 1999, 13-51 Pág.

1.1 Definición de adolescencia.

- † La palabra “adolescencia” deriva de la voz latina *adolescere* que significa “crecer o desarrollarse con dolor”.³
- † Para H. Clay la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Este fenómeno biológico es social, es el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como el psicológico, que prosigue por varios años hasta la formación concreta del adulto. Por otro lado los aspectos biológicos de este fenómeno y las transformaciones psicológicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural.⁴
- † La OMS(Organización mundial de la salud), cita en su informe anual 2001; que el lapso de la edad del adolescencia es de los 10 a los 20 años, con sus variaciones culturales e individuales(...).⁵
- † Desde el punto de vista de Montenegro y Guajardo en el aspecto biológico, señala que la adolescencia se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y el inicio varía de los 7 a los 17 años y su término de los 17 a los 25. Estos mismos autores citan tres fases de la adolescencia:⁷
 1. Adolescencia de los 12 a los 15 años: se espera una disolución de los vínculos con los padres, hermanos o con quienes cubran esos roles, una mayor ansiedad y depresión; intereses por realizar actos nuevos que los lleven a experimentar nuevas emociones, como el beber, fumar y tener relaciones sexuales.
 2. Adolescencia media de los 14 a los 18 años: caracterizada por esfuerzos para dominar en la relación de objetos.
 3. Adolescencia tardía de los 17 a los 21 años: denominada fase de crisis de identidad.⁷

De acuerdo a lo anterior considero que la *Adolescencia* es una etapa de desarrollo y crecimiento que puede iniciar de los 7 a los 13 años de edad con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y concluir de los 15 a 21 años y concluye cuando se adopta la identidad y madurez del individuo.

Aunado a lo teórico estos cambios son un fenómeno social y el adolescente se encuentra con el deseo de experimentar y conocer, esto lo lleva a encontrarse en ansiedad y al no lograrlo lo deseado o lo esperado esa ansiedad se convierte en depresión.

³ Diccionario de Psicología, Merani, 1982, 60 Pág.

⁴ H. Clay L

⁵ <http://www.oms.org>

⁷ Montenegro y Guajardo. *Psicología del niño y el adolescente...* 1994

1.2. Teóricos del desarrollo de la adolescencia.

Todas las teorías de la adolescencia implicarán una forma particular de percibir la naturaleza del individuo en el desarrollo por ejemplo: Freud Sigmund psicoanálisis; Erickson Erik Homburger. Psicossocial; Gesell Arnol Lucius evolutivo y otros autores.

Tres enfoques teóricos:

1. Teorías de la adolescencia que son en realidad un catálogo de problemas que afrontaran los individuos a medida que se aproximan a la segunda década de la vida o que pasan por ella. Tales teorías están orientadas hacia el ambiente donde se desarrolla, el cual es examinado para encontrar los problemas que plantea y las tareas que impone a los niños. En ellas se considera que el individuo es incidental en la situación. Esta teoría es de particular interés para la sociología, la antropología, la Psicología social y la educación.
2. Teorías que se centran en la conducta del individuo y consideran que el ambiente es el escenario en el que éste se desarrolla; el interés de esta teoría es lo que sucede dentro de la persona, y acepta la influencia del ambiente de esta, acepta la influencia del ambiente; siendo de interés de psiquiatras y psicólogos.
3. Este enfoque es descriptivo y en realidad no es teoría. Su método es análogo al del naturalista que observa y registra lo que ve, sin elaborar teorías orientadas hacia la conducta que a las que se centran en el ambiente, y son de particular interés para los biólogos, pediatras e historiadores.⁸

A continuación se presentan tres teóricos del desarrollo psicológico del adolescente:

La teoría de G. Stanley Hall (1924). Es considerado por muchos el padre de la Psicología de la adolescencia. "Describió a la adolescencia como un segundo nacimiento"; es entonces cuando aparecen los rasgos más evolutivos y esencialmente humanos; Hall percibía la vida emotiva del adolescente como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias. El adolescente desea la soledad y el aislamiento, pero, al mismo tiempo, se encuentra integrando grandes grupos y amistades. Durante la última fase de la adolescencia el individuo llega a la madurez.⁹

Teoría de Sigmund Freud. Consideró que el desarrollo es una secuencia de cinco etapas: a) oral, b) anal, c) fálica, d) latente, e) genital; las tres primeras corresponden a la infancia; donde supone que las fuentes de la conducta son de naturaleza sexual.

La fase genital pubertad y adolescencia (12 a 18 años) es el periodo final del desarrollo psicosexual (empieza con la pubertad y la capacidad biológica del organismo, e implica la capacidad de mantener auténtica intimidad). Para Freud la adolescencia es una época en que el joven en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que ha construido y establecido durante la latencia.¹⁰

Teoría de Arnold Gesell. Este investigador propuso una teoría general del desarrollo donde se refiere específicamente al periodo de la adolescencia "*un periodo prominentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios*".¹¹

⁸ Harold y Kaplan. Compendio de psiquiatría, 1988

⁹ Horrocks J. Psicología de la adolescencia, 27 Pág.

¹⁰. Op. Cit. 30 Pág.

¹¹. Kaplan I.H; Sadok J. B. Compendio de psiquiatría, 25Pág

Se ha acusado a este autor de enfatizar el crecimiento normativo sin tomar en cuenta las diferencias individuales, pero él permite las variaciones individuales al observar que el desarrollo de cada niño se produce según un patrón de crecimiento único característico de cada persona. Sin embargo considera que este patrón único es solo una variación de un plan básico de crecimiento. Que es en gran medida, característico de la especie humana.¹²

Refiere que "en el desarrollo actúan factores genéticos de la constitución individual y una secuencia de maduración inhata, así como factores ambientales que varían desde la influencia del hogar y la escuela hasta la del marco cultural completo".¹³

1.3 Aspectos biológico, psicológico y social en la adolescencia.

Los aspectos biológico, psicológico y social en la adolescencia se encuentran relacionados de forma que no se pueden analizar por ser separados ya el individuo es indivisible por vive y actúa de acuerdo a sus necesidades sentidas.

El individuo se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias (cuadro 1).

Las variaciones individuales en el principio de la actividad hormonal son tan marcadas que sería imposible establecer la edad específica del comienzo de la pubertad. En la mayoría de los niños esta edad fluctúa entre los 10 y los 15 años; y en las niñas, generalmente entre los 9 y los 14 años. En realidad, en cada individuo la pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual.

Niñas	Niños
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crecimiento de esqueleto. ▪ Desarrollo de los pechos. ▪ Pelo pubiano y la pigmentación ensortijado. ▪ Menstruación. ▪ Aparición del pelo axilar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crecimiento del esqueleto. ▪ Agrandamiento de testículos ▪ Primera mutación de la voz. ▪ Eyaculación. ▪ Pelo pubiano y la pigmentación ensortijado. ▪ Aumento máximo del crecimiento anual. ▪ Aparición del vello axilar. ▪ Mutación de la voz. ▪ Aparición de la barba pigmentada. ▪ Aparición de vello pectoral.

Cuadro 1
Características sexuales secundarias.

¹² Kaplan I.H; Sadok J. B. Compendio de psiquiatría. ED. Salvat, México. 2ªedic. 1988.

¹³ Op. Cit. 25 Pág.

Un aspecto psicológico de la adolescencia es la transición en la que se establece el puente que habilita la entrada desde el mundo infantil fantástico y dependiente, al del adulto responsable y autónomo. Los cambios y rupturas en los niveles fisiológicos, físicos, psicológicos y sociales, pueden ser el asiento mismo de alguna patología o puede funcionar en un segundo momento como generadores de la misma.

Al adolescente se le ha descrito como una persona emocionalmente voluble y ego centrista, que tiene poco contacto con la realidad y escapa de la autocrítica. También se le ha llamado conservador, estereotipado, inestable, perfeccionista y sensible. Fountain (1961)¹⁴ hace una lista de cinco cualidades que diferencian a los adolescentes de los adultos:

- a) Sentimientos específicamente intensos y vulnerables.
- b) Necesidad de recompensas inmediatas.
- c) Comparativamente, poca capacidad para examinar la realidad.
- d) Incapacidad para la autocrítica.
- e) Inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

Por lo anterior concluiremos que la adolescencia, se espera que finalice cuando el individuo alcance la madurez emocional y social, lo que significa que, la adolescencia nunca termine; y el rol de adolescente permanezca o está presente el resto de su vida y son tantos los factores (personales, culturales e históricos) que influyen en el logro de la madurez personal, que es casi imposible establecer edades precisas.

Lo que sí es indiscutible es que cuando el proceso puberal se presenta, el púber o adolescente tiene curiosidad, duda, temor, vergüenza y angustia; la imagen y aceptación que tenga el adolescente de sí mismo, podrán ser evaluadas positiva o negativamente relación a la información, y formación que tenga respecto a estos cambios.¹⁵

¹⁴ Fountain, Psicología de la adolescencia. México, ED. Trillas, 1961, 240-250 Pág.

¹⁵ Sanperio L. Apuntes del taller escuela para padres... 126 Pág.

Etapas	Independencia	Identidad	Imagen
Adolescencia temprana (10-13 años)	Intensa amistad con adolescentes del mismo sexo, ponen a prueba la autoridad necesidad de intimidad	Aumento de habilidades cognitivas y el mundo de fantasía, estado de turbulencia, falta de control en los impulsos, metas vocaciones irreales.	Preocupación por los cambios puberales incertidumbre acerca de su apariencia.
Adolescencia media (14 – 16 años)	Periodo máximo de interrelación con los pares y del conflicto con los pares aumento de la experimentación sexual.	Conformidad con los pares, sentimiento de invulnerabilidad, conductas omnipotentes generadoras de riesgos.	Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda
Adolescencia tardía (17-19 años)	Emocionalmente próximo a los padres y sus valores. Las relaciones con pares íntimas son prioritarias.	Desarrollo de un sistema de valores, metas vocaciones reales. Identidad de personalidad Capacidad de socialización e intimidad.	Aceptación de la imagen corporal.

Cuadro 2

Etapas del crecimiento y desarrollo psicológico.¹⁶

Otro aspecto psicológico del adolescente es la búsqueda de identidad que está marcada sobre todo por la sociedad, la cual brinda diversas opciones ante las cuales el sujeto deberá ejercer una elección selectiva. En esta búsqueda deberá encontrar una definición psicosocial y psicosexual de sí mismo, que implique el desempeño de sus real sexualidad y los éxitos de relación interpersonal.

Dentro de los aspectos sociales se encuentra la necesidad de lograr esta autodefinición llevará al adolescente a tratar de consolidar sus propios intereses, independientemente de los sustentados por el núcleo familiar y por lo tanto se verá impulsado a la búsqueda de los propios medios emocionales y materiales, entre otros.

El comportamiento social variará dependiendo de la cultura, el medio social y el momento histórico en el que viven. Son innegables las diferencias que se observan en adolescentes que viven en las áreas rurales o urbanas.

Las amistades cumplen en esta etapa funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, ayuda para enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, ayuda a definir la autoestima y el status, dentro del grupo al que se pertenece (Remplein, 1971).

Finalmente, es importante considerar el aspecto psicodinámico de la familia que lleva a adolescente a jugar un rol y manifestar una vivencia muy personal dentro de esta; aspecto a revisar en el capítulo de familia.

¹⁶ Silver. T. Manual de Medicina...77 Pág.

1.4 Mujer adolescente.

Durante la elección del tipo de la población a investigar en relación con la depresión dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría, se investigó que aproximadamente el 70 % de la población asistente al servicio de consulta externa son mujeres, de este porcentaje 40 % son adolescentes; es un dato a considerar que la adolescencia es una etapa de constantes cambios en la búsqueda de su identidad y el reconocimiento de quienes es dentro de una familia y sociedad y se encuentra vulnerable, hecho que permite ser investigado.

Al considerar a la mujer adolescente en su entorno se requiere de estudiar en todos sus conceptos y todos los aspectos que la rodean; sin dejar de lado su entorno que es quien le da forma como sujeto social e individual dentro de este entorno le da una clara construcción social.

1.5 Trastornos del estado de ánimo.

La clasificación de los trastornos del estado de ánimo, para su diferenciación del trastorno depresivo, tomando en cuenta para este análisis, clasificación descrita en el Manual Diagnóstico De Trastornos Mentales Cuarta Edición (DSM-IV); al cual se sujetan los profesionistas de la salud mental.

Clasificación de los trastornos de estado de ánimo.

(Para el análisis del presente capítulo se revisan los Trastornos del Estado de Animo como lo describe el Manual de Criterios Diagnósticos DSM-IV)¹⁷

Los trastornos del estado de ánimo se dividen en tres partes, en la primera que describen los episodios afectivos para que el psiquiatra diagnostique; en una segunda parte se describen los criterios de los trastornos de estado de ánimo que exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos; y en una tercera las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente y lo el curso de los episodios. A continuación se presenta la clasificación del DSM-IV.

1ª Describe los episodios afectivos y sus principales características son:

a) Episodios depresivos mayores.

A. Presenta 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, representando un cambio con respecto a las actividades previas: DSM-IV¹⁸

† Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio individuo o la observación realizada por otros. **Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.**

¹⁷ Op. Cit. 162 Pág.

¹⁸ Op. Cit. 163 Pág.

- † Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- † Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota: en el niño y el adolescente hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.**
- † Insomnio o hipersomnía casi cada día.
- † Agitación o entecimiento psicomotores cada casi día
- † Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- † Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiados (que pueden ser delirantes)casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- † Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- † **Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideas suicidas recurrentes sin un plan específico o una tendencia o una tentativa de suicidio o un plan para suicidarse.**

B. *Los síntomas provocan deterioro social, laboral u en otras áreas.*

C. *Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de algunas sustancias o una enfermedad médica.*

D. *Los síntomas permanecen por más de 2 meses o se caracterizan por una incapacidad de funcionar, preocupación mórbida de inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos.*

b) Episodio maníaco.

a) *Un periodo de estado de animo anormal y persiste elevada irritabilidad, que dura al menos una semana (o cualquier duración es necesaria la hospitalización).*

b) *Durante el periodo de alteración del estado de ánimo persistieron tres más de los siguientes síntomas.*

- † Autoestima exagerada o grandiosidad
- † Disminución de la necesidad de dormir
- † Más hablador de lo normal (verboréico)
- † Fuga de ideas o experiencias sujetas de que el pensamiento está acelerado.
- † Distractividad.
- † Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
- † Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

c) *El estado de ánimo maniaco es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de actividades habituales o de la relación con los de más, o que requiera hospitalización con el fin de prevenir daños para él y los demás.*

C) Episodio mixto.

A. *Se cumplen los criterios de los dos anteriores excepto en la duración casi cada día durante una semana.*

B. *La alteración del estado de ánimo es suficiente grave provocando un importante deterioro social o de relaciones o para necesitar hospitalización, existencia de síntomas psicóticos.*

C. *Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o /y ni a enfermedad médica.*

D. Estado hipomaniaco.

- A. *Un periodo del estado de ánimo elevado (persistentemente), expansiva o irritable al menos 4 días y que es claramente diferente de él estado de ánimo habitual persistiendo los siguientes síntomas: (mismos síntomas del episodio maníaco).*
- B. *El periodo está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.*
- C. *La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.*
- D. *El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.*
- E. *Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni una enfermedad médica.*

2º Trastornos del estado de ánimo.

a) Trastornos depresivos mayor.

1. Único episodio depresivo mayor.
2. El episodio depresivo mayor.
3. Nunca sea producido un episodio maniaco o mixto o hipomaniaco.

Especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual o más recientes.

0. Leve
1. Moderado
2. Grave sin síntomas psicóticos
3. Grave con síntomas psicóticos
4. En remisión parcial/ en remisión total
5. No especificado.

Especificando la gravedad.

- Crónico
- Con síntomas catálcicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto.

b) Trastorno distímico.

A. *Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestados por el individuo u observado por los demás, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser de irritación debe ser de al menos 1 año.*

B. *Se presentan dos o más síntomas de los siguientes.*

- † *Pérdida o aumento de apetito insomnio o hipersomnia.*
- † *Falta de energía o fatiga.*
- † *Baja autoestima.*
- † *Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones*
- † *Sentimiento de desesperanza.*

- C. *No ha habido un episodio depresivo mayor durante los dos últimos años en adulto y uno en niños y adolescentes.*
- D. *Inexistencia de episodios maniacos mixtos e hipomaniacos*
- E. *Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*

Especificaciones:

Inicio temprano → antes de los 21 años.
 Inicio tardío → inicio a los 21 años o posteriormente.¹⁹

a) Trastorno bipolar.

El Desorden Bipolar pueden sufrir cambios de humor continuos que fluctúan entre extremadamente altos (maníacos) y bajos (deprimidos). Los altos pueden alternar con los bajos, o la persona puede sentir los dos extremos al mismo tiempo.

El Desorden Bipolar usualmente comienza en la vida adulta. Aunque es menos común, puede ocurrir en la adolescencia y raras veces en la niñez. Esta enfermedad puede afectar a cualquiera. Sin embargo, si uno o ambos padres tienen un Desorden Bipolar, hay mayor probabilidad de que los hijos desarrollen el desorden. La historia familiar de abuso de drogas o de alcohol puede también estar asociada con el Desorden Bipolar en los adolescentes.

El Desorden Bipolar puede comenzar con síntomas maníacos o con síntomas depresivos.

Los síntomas maníacos incluyen:

- † *Cambios de humor severos en comparación a otros jóvenes de la misma edad y ambiente – o sentirse demasiado contento, o retirarse mucho, o estar demasiado irritable, enfadado, agitado o agresivo altas poco realistas en la autoestima - por ejemplo, el adolescente que se siente todo poderoso o como un súper héroe con poderes especiales aumento de energía desmedido y la habilidad de poder seguir durante días sin dormir y sin sentirse cansado.*

Hablar excesivamente - el adolescente no deja de hablar, habla muy rápido, cambia de tema constantemente y no permite que lo interrumpan o distraigan - la atención del adolescente pasa de una cosa a otra constantemente (comportamiento arriesgado repetitivo), tal como el abuso del alcohol y las drogas, el guiar temerario y descuidado o la promiscuidad sexual.²⁶

¹⁹ AACAP Facts for Families - Desorden Bipolar la Enfermedad Maníaco-Depresiva No. 38 (Revisado 5/2000)

1.5.1 Trastorno depresivo ¿qué es?

Es un problema de salud mental que se han presentado en épocas antiguas han tenido diferentes nombres y formas de manejar.

"Desde los primeros tiempos de la medicina ya se conoce la tristeza como una posible enfermedad. Hipócrates (460-370 a.C.) definió la melancolía como una grave dolencia caracterizada por una intensa tristeza, originada por el efecto de la bilis negra sobre el cerebro (Hipócrates, Aforismo IV, 23); El miedo y la tristeza, cuando duran mucho tiempo, constituyen una afección melancólica".²⁰

En el programa sobre depresión en el Instituto Nacional de Psiquiatría lugar donde realice esta investigación se considero a la depresión como una enfermedad que se presenta con bastante frecuencia en la población mexicana, es una enfermedad incapacitante y que puede ser el resultado de una reacción ante determinadas circunstancias como una enfermedad severa e incapacitante, la pérdida de un ser querido, la falta de éxito en el trabajo, la soledad, y otras circunstancias que afectan el desarrollo del individuo.²¹

Es un trastorno de ataca de igual manera a mujeres y hombres; a cualquier edad entre niños y ancianos. Por lo tanto la depresión es un problema de salud pública grave y muy frecuente en personas que buscan atención de primer nivel en los centros de salud, consulta con medico genera.

La depresión ocurre cuando somos incapaces de vivir a la altura de nuestros propios ideales del ego. Esto sucede al establecerse metas poco accesibles con su realidad social, cultural, y económica, entre otras.²²

"Es la aflicción, hay pérdida real de un objeto y en conciencia una sensación de que el mundo es "pobre y vacío", pero no hay disminución auto estimación. En la depresión melancólica, por lo general hay una pérdida emocional del objeto, debida a la decepción o a factores relacionados". (Birbrinng, 1953)²³

Para Freud la depresión es el luto y la melancolía; Freud consideraba la depresión como un estado en que el individuo vuelve la agresión hacia dentro, sobre sí mismo en lugar de hacerlo con quien tiene conflicto. Es más probable que esto suceda a quien están demasiado abstraídos en sí mismo (narcisista) (Freud 1957).

Para Jakobson el origen principal del trastorno es interior: un desequilibrio entre los impulsos agresivos y los impulsos de la libido. La solución está en tener conciencia de nuestros propios ideales del ego, pero desafortunadamente esto es inconsciente. (Jakobson, 1970).

Birbrinng, E. en su opinión neo-Freudiana consideró a la depresión principalmente como un fenómeno del ego. Aquel factor importante es la relación entre el individuo y su medio social, y no tanto con algún conflicto dentro del individuo mismo. La depresión es la expresión emocional del ego, de su desamparo y su importancia. Es el resultado de la brecha entre un intenso deseo de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y bueno, y el percatarse, de manera real o imaginaria de que estas metas son inalcanzables.

²⁰ Francisco Bonilla Martínez. Revista de Psicología. Núm. 5 Mayo del 2000, especial sobre depresión.

²¹ Programa de depresión en el IMP. 5 Pág.

²² Freden. Aspectos psicosociales de..., 86 Pág.

²³ Birbrinng, 53 Pág.

1.5.2 Epidemiología de la depresión.

Solo para dar algunos ejemplos que muestran la dimensión epidemiológica del problema la depresión mayor que es lo más importante se calcula que tiene una prevalencia de 5% en la población general.

1. El 30% de las personas que consultan al médico a nivel primario de atención sufren cuadros Depresivos.²⁴
2. La depresión es dos veces más frecuente en las mujeres con el 10 al 25 %, y en los hombres; es el 5 al 12%.
3. La mayoría de las mujeres experimentan alguna vez síntomas premenstruales; que se relacionan con la depresión.
4. La prevalencia es mayor en el grupo de 20 a 45 años de edad.
5. En la actualidad, seis millones de mexicanos tienen problemas relacionados con el consumo del alcohol y cuatro millones padecen depresión, según estadísticas oficiales.²⁵
6. En los próximos años está previsto que con el acelerado crecimiento demográfico en México aumente el número de enfermos mentales con trastornos depresivos o demencias y trastornos de conducta. De acuerdo a la OMS "depresión afectará alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo, la depresión es el cuarto problema de salud pública más grande del mundo."²⁶
7. El Trastorno depresivo puede iniciar a cualquier edad pero existe en mayor grado en promedio a la mitad de la 2ª década de vida (15 años); datos epidemiológicos indican que el inicio esta disminuyendo entre las personas nacidas recientemente.²⁷

1.5.3 Etiología, clasificación y síntomas. (Causas de la depresión).

Para describir claramente las causas de la depresión se realiza una clasificación de causas Genéticas, psicológicas, ecológicas, y sociales; estas son causas relacionadas entesi.

Causas genéticas son importantes al considerar la depresión psicótica o depresión mayor y en la depresión neurótica o simple, no es posible ignorar el hecho que entre los miembros del núcleo familiar se presentaran casos de trastorno depresivo, es preciso considerar que aunado con los factores genéticos los miembros de la familia comparten los mismos factores ambientales, sociales, culturales, etc. (Freeden 1986)

Causas psicológicas en la depresión leve o moderada de acuerdo con lo que escribe Calderón N. en *depresión... 1997*; los factores emocionales desempeñan un papel predominante, presentándose desde los primeros años de vida del individuo, determinan rasgos de personalidad tan profundamente adoptados en el modo de ser de éste, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia entre los miembros de la familia.

Causas determinantes se hablan de hechos que forman heridas de la infancia y en general de la vida del individuo; que llevan a determinar la personalidad; es frecuente que durante la infancia el individuo se hayan presentado algunos trastornos como terrores nocturnos, enuresis, fobias, timidez, etc.

²⁴ Julio Frenk. Secretario de salud. fuente: NOTIMEX ,27 de junio de 2001, 1Pág.

²⁵ Op. Cit. 2 Pág.

²⁶ Annan , OMS "Padecen 400 millones .., N. Y, fuente: NOTIMEX , abril de 7, 1 Pág.

²⁷ Manual DSM-IV 348Pág.

Estos son factores situacionales que producen angustia y han determinado la aparición de rasgos depresivos y neuróticos; pero no basta con el análisis de la infancia, sino también las tensiones familiares. Van impidiendo comprender este problema; existen elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la posibilidad de que el individuo no logre enfrentar. *Cuadro 2*

Causas ecológicas estas son de acuerdo al medio donde se desarrolla las persona. *Cuadro 3*

Determinantes
Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.
Desencadenantes: <ul style="list-style-type: none"> a) Pérdida de un ser querido b) Pérdida por problemas económicos c) Pérdida de poder d) Pérdida de la salud <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades con peligro de muerte ▪ Enfermedades que originan incapacidad física ▪ Enfermedades que determina alteraciones estéticas ▪ Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia sexual.)

Cuadro 2
Causas psicológicas de la depresión.

Problemas	Motivos	Consecuencias
Contaminación atmosférica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Productos de combustión ▪ Industrias, talleres ▪ Quema de desechos ▪ Polvo 	Mala calidad del aire inhalado
Problemas de tránsito	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exceso de vehículos ▪ Falta de espacio para tránsito vehicular y peatonal 	Mayor número de accidentes Pérdidas económicas. Disminución de horas de descanso.
Ruido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autotransporte público ▪ Tráfico aéreo ▪ Fábricas ▪ Equipos de sonido 	Insomnio Fatiga física e intelectual Irritabilidad Incremento de la presión arterial sordera

cuadro 3²⁸

Causas ecológicas

²⁸ Calderón Narváez. *Depresión...*, 1996, 49-57 Pag.

Causas sociales estudios etiológicos demuestran que los efectos depresivos son causados por la pérdida de lazos de unión, que experimenta el individuo en situaciones de duelo.

Durante la historia de la humanidad los sistemas de apoyo social principales son la familia, la iglesia y la comunidad; éstas constituyen el apoyo en estados emocionales como la depresión, el miedo, y la ira.

Ante la forma de vida actual, tan acelerada dentro de la ciudad de México. Los sistemas de apoyo social se encuentran en crisis, como es la desintegración familiar, a causa de violencia intra familiar, divorcios, falta de comunicación, etc.; disminución del apoyo espiritual religioso; falta de vínculos con los vecinos; migración; pérdida de confianza en lazos como la amistad y el noviazgo.²⁹

Concluyendo sobre las causas de la depresión es claro que éstas son muchas y no sólo se traducen en un problema médico individual sino un problema generalizado en la familia; y más general en el país como problema de salud pública, económico, y político.

Clasificación de depresión.

"De acuerdo con la clasificación de la depresión dada por el botánico Candelle A. 1816. Concepto que se integra a la psiquiatría a finales del siglo XIX por el neuropsiquiatra alemán Moebius P. Llamo endógeno al grupo de trastornos mentales causado por degeneraciones o factores heredados, y lo producidos por toxinas bacterias, químicas y de otra naturaleza (causas externas), a lo que llamó exógeno".³⁰ cuadro 4

Depresión endógena.	Depresión exógena.
1. Causas bioquímicas (hormonales, desequilibrio genético en ciertas sustancias neurotransmisoras).	1. Causas psiquiátricas "sociales" (un suceso psiquiátrico traumático).
2. Entre los síntomas más importantes que a menudo se mencionan están: inhibición motora, sentimientos de culpa, delirios paranoicos, despertar temprano, depresión profunda pérdida de peso, no reaccionar a los cambios en el medio, agitación e intento de suicidio.	2. Entre los síntomas más importantes que a menudo se mencionan están: ansiedad, autocompasión (culpa a otros), dificultades para dormir, riesgo de suicidio, y sobre todo, fijación por parte de la persona deprimida en un objetivo precipitante específico.
3. Ataque de depresión recurrente intervalos regulares (en promedio de 2 a 3 ataques con duración de 6 a 12 meses).	3. recurrencia rara (la depresión rara vez dura más de 6 meses).
4. Reacciona específicamente a agentes antidepressivos (fármacos y terapia electroconvulsiva).	4. Reacciona "no específicamente a ciertos fármacos".

Cuadro 4
Clasificación de la depresión.

²⁹ Op. Cit. 35-58 Pág.

³⁰ Beck, A. Diagnóstico y tratamiento de la depresión, 60-62Pág.

Depresión endógena. Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para esta tristeza o melancolía, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por la tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación(hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño) Frecuentemente su iniciación y cursos se asocian a ritmos biológicos. Estas suelen ser heredadas.³¹

Depresión exógena. Causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues según investigaciones, recientes, suponen que la depresión no es resultado de una historia de tensión externa, se debe a algún proceso biológico intrínseco o endógeno. Los factores exógenos inespecíficos, además se dan como experiencias de vida, como es la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales.³²

Depresión somatógena. Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patológicas orgánicas demostrables, también llamada **depresión orgánica** las causas más frecuentes son:

- † Trastornos tiroides.
- † Anemia.
- † Infecciones víricas.
- † Lupus.
- † Cáncer.
- † Parkinson.³³

Síntomas.

Los síntomas son los que determinen la severidad, la permanencia y la intensidad. De acuerdo con la clasificación de los trastornos depresivos, éstos se encuentran conformados en cuatro grupos principales:

- 1) **Los episodios depresivos** con sus tres modalidades de severidad y con las categorías somáticas y psicóticas, siendo el común denominador de este grupo el de ser episodio único, sin antecedentes previos.
 - a) La severidad de los episodios leves requieren de dos síntomas principales y como mínimo de 2 síntomas adicionales.
 - b) Los moderados, de dos principales y un mínimo de 3 adicionales.
 - c) Y Los graves, de 3 principales y por lo menos de cuatro adicionales como se ha indicado.
- 2) **Los trastornos depresivos recurrentes** también con las 3 modalidades de severidad y con las categorías somáticas y psicóticas, se caracterizan por la existencia en el enfermo de más de un episodio.
- 3) Los trastornos depresivos persistentes, en donde se ubica la distimia que es un cuadro sub-agudo en cuanto a manifestaciones, y a la vez crónicos en cuanto a la duración.
- 4) El grupo denominado como otros **trastornos depresivos en el que se clasifican los trastornos mixtos y los trastornos breves** recurrentes que tienen características diferentes a los de los grupos anteriores.

³¹ Freden L. Aspectos psicosociales 19-20Pág.

³² Op. Cit. 20-22 Pág.

³³ Francisco Bonilla Martínez. Revista de Psicología. Núm. 5 Mayo del 2000, especial sobre depresión.

Es necesario también que estén presentes por lo menos 2 síntomas principales y 3 en los casos graves, así como por lo menos 4 síntomas adicionales en los casos leves, 6 en los casos moderados y 8 en los casos graves.³⁴

Estos síntomas se dividen en tres áreas afectivas, psíquicas (auto imagen y cognitivos), y somáticas (se manifiestan en el organismo, por ejemplo en la piel.) *Cuadro 5*

Afectivas	Psíquicas (auto imagen y cognitivos)	Somáticas (se manifiestan en el organismo).
<ul style="list-style-type: none"> -Falta de motivación o interés. -Autoestima disminuida. -Sentimientos de culpa y auto reproche. -Aislamiento social. -Sentimientos desencadenados por extrusores psicosociales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apatía, disminución del deseo para las actividades. -Placenteras. -Enlentecimiento. -Cansancio fácil o sentimiento de tener poca energía. -Incapacidad para tomar decisiones. -Sentimiento de desamparo y desesperanza. 	<ul style="list-style-type: none"> -Somáticas (se manifiestan en el organismo. -Cambios ligeros de apetito y peso corporal. -Modificación leve en patrones del sueño. -Hipocondriasis.

Cuadro 5

Características cualitativas de la depresión.³⁵

↑ La primera característica se denomina "tristeza vital" en los criterios diagnósticos corresponde a la condición de anhedonia, entendiéndose como un vacío afectivo, incapacidad de sentir emociones y no solamente tristeza por alguna causa, como ocurre en otras formas de depresión.

Está anclada en el mismo organismo, por lo que en ocasiones se manifiesta con sintomatología somática, y no se puede resolver reflexionando ni analizando las situaciones externas o internas. También induce a estados de desesperanza y pesimismo de vacío emocional; una dolorosa incapacidad para experimentar sentimientos algunos, en contraposición la tristeza por algo de las otras depresiones.

La tristeza vital, se le caracteriza principalmente y se manifiesta por múltiples incapacidades: falta de gusto por vivir, de voluntad de emprender, de deseo de recordar e, incluso, falta de capacidad de anticipación. Es por ello que la resolución de los síntomas, bien sea de manera natural con el paso del tiempo o como resultado de una intervención terapéutica, significa salir del estado depresivo aunque aún persistan otros síntomas.

³⁴ Berlanga C. El trastorno depresivo.. Salud Mental V. 22, no. 4, agosto de 1999, 26-32Pág.

³⁵ Op. Cit. 24- 35 Pág.

† La Segunda característica es el retardo psicomotriz, y la inhibición psicomotriz, consiste en el entorpecimiento y la limitación de la funcionalidad de los procesos psicológicos, con sus correspondientes inhibición motora.

El contacto con lo externo también se reduce y, cuando la depresión es severa, desaparece por completo, y obstaculiza prácticamente todas las funciones mentales del sujeto. Tanto el pensamiento como la expresión verbal y corporal se reduce al mínimo, lo cual empobrece el lenguaje del enfermo, y en los casos severos, la expresión externa de estas alteraciones es el mutismo, que por producirse dentro de un claro estado de conciencia causa un grave sentido de dolor y, en ciertas ocasiones, culpabilidad.

Esta inhibición se observa desde fuera como actitudes de desinterés y apatía. En caso de depresores externos se presenta el denominado "estupor melancólico", en el que el paciente se queda prácticamente inmóvil, descuida su aseo, no habla, no come y no tiene ningún tipo de expresión, abandonándose a una pasividad total.

Se presenta un entorpecimiento mental y corporal que lleva al sujeto a reducir sus actividades y su contacto con el medio circundante. Desde fuera se observa desinterés, apatía, y abulia y en condiciones externas lleva a estado de catatonia.

† La tercera característica es la alteración de la vivencia del tiempo; la alteración de la vivencia del tiempo. El paciente queda en una inhibición total y pierde sus capacidades de proyección hacia el futuro, limitándose a vivir en un presente estadió con fugaces recuerdos distorsionados del pasado.

Estas alteraciones le producen al individuo sentimientos de culpabilidad relacionados frecuentemente con sus sucesos del pasado reciente o lejano. Por ejemplo, una actividad interesante y motivada acelerada al tiempo del yo, o tiempo inminentemente, en relación con el tiempo real, mientras que una actividad tediosa o poco interesante desacelera el paso del tiempo inminentemente, y lo vuelve gris, aburrido y monótono.

Para algunos enfermos el tiempo pasa como en un círculo en el que todo se repite después de un breve radio de expresión, por lo que se desespera y se desmotivan para funcionar.

Un síntoma cardinal de la depresión endógena. Es aquel donde se establece una diferencia cualitativa con otros tipos de depresión. Así, lo que encontramos no es solamente un sentimiento de tristeza como respuesta a determinadas circunstancias exógenas, ni un sentimiento inducido por un proceso emocional interno lo verdaderamente específico de este estado. Y aunque éstos no son los únicos elementos condicionantes del suicidio, si llega a tener una participación conspicua en el fenómeno de la autodestrucción.

El depresivo experimenta una de sincronía entre su tiempo interno y externo. Vive con la sensación de que todo sucede en forma excesivamente lenta, y en ocasiones siente que todo se repite en forma circular. De esta manera, al paralizarse, su vida pierde sentido y este factor contribuye a la idealización o a la conducta suicida.³⁶

³⁶ Carlos, Berlanga. Salud Mental Vol. 22 N. 4, Agosto de 1999; 26-32 Pág.

1.5.4. Trastorno depresivo en mujeres adolescentes.

"Las jóvenes deprimidas son generalmente tranquilas e inhibidas, en cambio en los varones predomina la dificultad en hacer adecuadas relaciones sociales, lo que unido a inhibiciones de aprendizaje y a inestabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a agresividad."³⁷

La depresión en la infancia posee algunas características de la depresión en los adultos, aunque con síntomas acompañantes específicos. Los dos síntomas específicos de la depresión en la edad adulta (bajo estado de ánimo y anhedonia o dificultad para disfrutar) no siempre son los más importantes en la infancia, ya que el DSM-IV hace una especificación sobre éstos señalando que en los adolescentes se identifica por irritabilidad.³⁸

Aproximadamente el 5 % de los niños y adolescentes de la población general mexicana padece de depresión en algún momento de acuerdo con cifras oficiales. Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión.

El trastorno depresivo es la psicopatología más frecuente dentro de la población adolescente y se asocia con padecimientos como la fármaco dependencia, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad y el suicidio. En México las cifras indican los siguientes datos:

De acuerdo con el informe del Consejo Nacional de Población (Conapo), de 1997 a 2000 cometieron suicidio más de mil 200 personas, la mayoría tenía entre 15 y 24 años de edad, lo que equivale a una tasa diaria de mortalidad de 3.2 jóvenes.³⁹

El inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y adolescencia es causado por un fenómeno llamado adrenaquia que es el aumento de la liberación de **andrógenos adrenales (hormonas)** que ocurren entre los 6 y los 8 años y que se precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad.⁴⁰

Otro tipo de factores es las disfunciones familiares, la baja autoestima, la psicopatología en la familia en primer lugar y en segundo grado la comorbilidad con otros trastornos (distimia, trastornos de adaptación, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, y abuso o dependencia de sustancias), así como el suicidio, se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad.⁴¹

Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia consideran la multicausalidad y en las manifestaciones de la enfermedad.

Al considerar la importancia de la TDM en la adolescencia como una patología grave y como un periodo crítico para reconocimiento de la sintomatología y el establecimiento terapéutico que pueda medir los síntomas e intensidad de la depresión y que se utilice el seguimiento terapéutico para valorar la respuesta al tratamiento.⁴²

³⁷ www.aacap.org/publicaciones/n_4 revista 8/98

³⁸ Manual DSM-IV

³⁹ Informe del CONAPO, 1997-2000

⁴⁰ Berlanga Carlos, Salud Mental, Vol. 22, no. 4, agosto de 1999

⁴¹ AACAP Facts for Families. Niño deprimido, No. 4 (Revista 8/98)

⁴² WWW. Actualidad psiquiatría por el Dr. Juanromeu-ba.con.4 Pág.

Algunas características de la adolescente deprimida son:

- A. Ausencia frecuente y faltas injustificadas al escuela.
- B. Cambios notables en los patrones al comer y dormir.
- C. Tratar de escaparse de casa.
- D. Pensamientos o expresiones suicidas o comportamiento autodestructivo, baja autoestima y culpabilidad.
- E. Aumento en la dificultad de relacionarse, aislamiento social, comunicación pobre.
- F. Mostrar coraje y /o hostilidad.
- G. Quejas frecuentes de enfermedades físicas, tales como dolor de estómago y de cabeza.
- H. Tristeza persistente, lloriqueo y llanto profuso.
- I. Irritabilidad.
- J. Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o insatisfacción para disfrutar de las actividades favoritas previamente.
- K. Aburrimiento persistente y falta de energía.
- L. Hurtos (robos en casa o en otros sitios).
- M. Consumo de alcohol y / o drogas.
- N. Desgano para cooperar en actividades familiares.
- O. Hipersensibilidad en algunos casos.⁴³

La depresión en adolescentes se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un comportamiento anormal, del estado afectivo, o que implique un desorden del rendimiento o un aumento de un simple conflicto. Cabe aclarar que la depresión como una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones lleva a confundir a quien desconozca o no tenga claro el concepto del padecimiento.

Durante la adolescencia la depresión puede aparecer con cuadros totalmente opuestos:

† El de un adolescente con retraimiento exagerado que hace que el joven pueda pasar inadvertido, hacer descrito como "un adolescente muy bueno", cuando la adolescencia es una fase de desarrollo normalmente agitada.

† O un adolescente que infringe normas y reglas y que presenta conducta impulsiva y antisocial. En los adolescentes es además siempre muy importante considerar el riesgo suicida.

En este aspecto deben diferenciarse dos grupos:

1. Un primer grupo; el de adolescentes suicidas y en los cuales se encuentra previamente un cuadro melancólico bastante franco con tendencia al aislamiento y con intentos de comunicar el sufrimientos quien lo rodea, aunque en muchas ocasiones de una manera muy sutil, como por ejemplo, el realizar una visita a un médico antes de suicidarse. Por eso es importante entonces que todo profesional de la salud tenga esto en mente y pueda formular preguntas sin rodeos.
2. Un segundo grupo está constituido por adolescentes, de ambos sexos, aunque más frecuentemente mujeres que intentan suicidarse buscando una relación simbiótica.⁴⁴

La depresión es una enfermedad real que requiere de ayuda profesional. Tratamiento que requiera adecuado a sus necesidades; a menudo incluye tratamiento farmacológico y terapias; individual y de familia. Para ayudarles, los padres deben acudir con su médico familiar o recurrir a instituciones que lo canalicen, a una institución psiquiátrica especializada, lugar en donde se pueda diagnosticar y pueda tratar la depresión en adolescente

⁴³ Op. Cit.5 Pág.

⁴⁴ AACAP Facts for Families - Desorden Bipolar (la Enfermedad Maniaco-Depresiva) en los Adolescentes, No. 38 (Revisado 5/2000)

019 A!

II. Capitulo La familia

2. Concepto de familia de acuerdo a la Teoría Sistémica.

El enfoque sistémico está plenamente identificado con las corrientes filosóficas y psicológicas humanistas, por la concepción del ser humano "como una totalidad, con características inheritas que lo guían hacia su desarrollo".

La teoría general de sistemas surge por la necesidad de contar con una visión amplia sobre los fenómenos que rodean al individuo y lograr la síntesis de estos fenómenos (Freidberg, 1987).

La teoría general de sistemas que proporciona Ludwig Von Bertalanffy, define al sistema como "un conjunto de elementos que interactúan entre sí, presuponiendo la existencia de una interdependencia entre sus partes, y la posibilidad de un cambio a través del tipo de relación que se da".

Entre estos elementos se encuentran los objetos – relaciones – atributos: - un sistema es el conjunto de objetos así como la relación entre estos y sus atributos característicos-.

Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados; los abiertos son todos los sistemas vivos. Contando con dos tipos uno de lado hacia el mundo interno de los individuos y otros hacia un sistema que le impone normas y determina algunos de sus valores.

Familia de acuerdo con la teoría sistémica.

"La familia como un sistema abierto gobernado por reglas y normas que permiten a sus miembros, cierta organización; aparte del exterior por sus fronteras y estructuralmente opuestas por subsistemas que demandan límites y jerarquías. Los miembros de un sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos, que definen relaciones de sistemas y / o complementariedad".

El sistema familiar es parte de un sistema cultural, religioso, gubernamental, entre otros; manteniendo su organización mediante procesos homeostáticos.³

2.1 Modelo estructural.

"La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que se interactúa entre los miembros de una familia. -Considerando a la familia como un sistema que opera a través de pautas transaccionales- reiteradas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse son las que regulan las conductas entre los miembros de la familia fortaleciendo y apuntalando al sistema familiar (Minuchin, 1986)".

¹ Minuchin S. familia y terapia familiar, 1986, 86 Pág.

² Op. Cit. 86Pág.

³ Homeostáticos : define la estabilidad de los miembros del sistema de forma abierta o encubierto. El sistema se encuentra en equilibrio siempre que cada uno de sus miembros se encuentre en equilibrio. (Término introducido por Jackson 1974).

Las normas de negociación regulan la conducta de los miembros de la familia y son mantenidas por los sistemas de coacción.

- † Uno genérico que implica las reglas que gobiernan la organización familiar como son las jerarquías entre padres e hijos, la compenetración de actividades entre la pareja; operando la familia como equipo.
- † El otro idiosincrásico que implica las expectativas mutuas entre los miembros de la familia que originan con la convivencia diaria entre los hermanos. y los años de relación.

De este modo la estructura del sistema familiar será capaz de adaptarse a una serie de circunstancias cambiantes (Minuchin, 1986).

La familia al estructurarse es un sistema que se divide en subsistemas formados por jerarquías, tendientes a establecer límites y normas generales que rigen la organización y el funcionamiento; formando así las jerarquías con distintos niveles de autoridad en la que existen una complementariedad de funciones e interdependencias entre los miembros, en particular entre los mismos niveles jerárquicos; dando como resultado también la existencia de roles; todo estos elementos dan forma a la estructura familiar, que proporciona una evaluación sobre el funcionamiento.⁵

Estructura familiar.

Es la forma de cómo se organiza el sistema, de acuerdo a las jerarquías, roles, alianzas, límites, territorio y geografía (Espejel, 1996).⁶

2.1.1 Subsistemas, roles (jerarquías), límites, alianzas, coaliciones, territorio y geografía.

En el interior de la estructura familiar las diadas existen como la de marido y mujer o entre madre e hijo; los subsistemas están formados por generaciones, sexo, intereses o funciones.

Cada individuo pertenece a diferentes niveles de poder como el ser hijo, hermano mayor o menor, esposo, padre, etc., donde se poseerán diferentes niveles de poder.

Minuchin S. analiza tres tipos de subsistemas que son el conyugal, parental y fraterno:

Subsistema conyugal:

Constituido por una pareja un hombre y una mujer; para constituirse como familia. Esta unión con la tarea será complementarse, sacrificando en su propia individualidad para contar con un sentido de pertenencia. Será refugio para compartirse mutuamente como lo analiza S. Minuchin.

El subsistema conyugal deberá contar con límites que protejan de invasiones a la privacidad de la pareja; por ejemplo con el nacimiento de los hijos (Minuchin, 1974).

⁵ James Framo, 35 Pág.

⁶ Espejel, Escala de funcionamiento familiar.

Subsistema parental:

Se establece el nacimiento del primer hijo, con ello se forma un nuevo nivel familiar diferenciándolo del subsistema conyugal; al realizar y desempeñar tareas de socialización de los hijos, sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal estableciendo límites claros que permitan el acceso de los hijos a ambos padres; al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales.

"El apoyo a la responsabilidad y a la obligación de los padres para determinar las reglas de la familia, estimulando el derecho y la obligación, a crecer y de desarrollarse en forma autónoma"⁷

Con la llegada de los hijos la pareja tendrá que ir modificando, sus costumbres, normas y límites; para satisfacción de sus necesidades y las de los hijos. Las funciones de paternidad requieren la capacidad de proporcionar alimentos, ser guías y el establecer control.

Subsistema fraternal:

De acuerdo con lo que escribe Minuchin sobre el sistema fraterno éste estará formado por relaciones de iguales donde se negocia, coopera, compite, socializa. Dentro de este subsistema se aprende a lograr amigos y alianzas con quienes se aprende a guardar apariencias, cuando ceder y a lograr el reconocimiento de habilidades.

Dentro del subsistema fraterno existe una subdivisión, ya que los hijos pequeños se relacionan en los aspectos de seguridad, alimentación y guía en el seno de la familia; mientras que los hijos mayores buscan y cuentan con relaciones fuera del núcleo familiar (Espejel, 1989).

Límites.

Los límites son reglas que permiten establecer quien o quienes, y en que forma participan dentro de un sistema. La función principal de los límites reside en proteger las diferencias entre los subsistemas.

La existencia de límites en el sistema familiar deberán ser clara y definida con suficiente precisión; dentro de la estructura familiar no solo es importante una organización clara como lo es el establecimiento de límites claros en la estructura retomando lo escrito por Minuchin; El autor establece tres tipos de límites:

1. Desligados (inadecuados y rígidos) con estos límites se afectada la comunicación al igual que las funciones familiares.
2. Claros (normalidad) estos límites permiten la evaluación de las funciones familiares.
3. Aglutinados (difusos) los límites aparecen y desaparecen a conveniencia de los subsistemas; y en momentos se anula la división entre subsistemas.

Dentro de los tipos de límites existen límites intergeneracionales que son aquellas fronteras imaginarias que dividen las funciones particulares entre los subsistemas parental y fraternal; Son las reglas que hacen la diferencia y definen los derechos y obligaciones entre ellos.

⁷ Minuchin, 1986.

En el subsistema conyugal se establecen límites que lo protejan de interferencias de las demandas y necesidades de otros subsistemas. Para su funcionamiento será el establecimiento de tareas que complementen a la pareja para cada esposo apuntalando la acción del otro en diferentes áreas.

Con el subsistema parental el funcionamiento de los límites será eficaz; siempre y cuando se comprenda y se acepte el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental.

A apoya la responsabilidad y las obligaciones de los padres y los hijos para establecer reglas familiares estimulando el derecho y las obligaciones del niño de crecer y desarrollarse en forma autónoma es tarea importante.

Los límites en el subsistema fraterno tienen la función de apoyar a los hijos de interferencias adultas; ejerciendo su derecho a la privacidad y tener sus propias áreas de interés y el disponer de su libertad (Minuchin, 1989).

Roles.

El concepto de rol fue introducido a las ciencias sociales en los años veinte y desde entonces se ha convertido en un puente entre el comportamiento de cada individuo y el grupo social por lo tanto, los roles o papeles de cada miembro de la familia le da a cada miembro un papel determinado con el cual funcionara; para poder con las presiones, tareas y obligaciones (la madre, el padre, el esposo, el hijo, y hermano).

Los roles tradicionales cambian de acuerdo con la cultura, el estatus socio-económico y el fondo psicológico de cada familia.

Otros papeles, son los que la familia le asigna a cada uno con relación a sus problemas propios o bien a su actitud dentro del sistema familiar, como es el enfermo, la pequeña, el burro, el flojo, etc.

Características (saludables de los roles dentro de la familia).

- a) Son estables; la gente los lleva a cabo por periodos prolongados de tiempo.
- b) Abarcan tanto sentimientos, emociones, acciones, responsabilidades y privilegios que la sociedad les reconoce.
- c) Están basados en conjuntos de normas y valores que los legitiman.
- d) Son recíprocos.
- e) Variación de acuerdo con la edad. La sociedad estratifica los roles sexuales por edad.
- f) Cuando alguien desempeña mal su papel el grupo social lo castiga. Estas sanciones pueden ser difusas (desaprobatorias, burla, amenazas, exclusión), u organizadas (multa, condena, etc.)
- g) Los roles pueden ser aprendidos. Los padres son el primer modelo del niño.

Características específicas de los roles.

† Rol del esposo – padre.

- Individuo exitoso, ganador, proveedor económico, quien toma las decisiones.
- Ocupa la posición de autoridad esencial en la familia, sin embargo tiene discusiones democráticas con los demás miembros de esta; toma en cuenta la opinión de la pareja.
- Disfruta de su actividad sexual marital y la localiza a satisfacción de su esposa.
- Participa en el cuidado y educación de los hijos.
- Ofrece y pide contacto emocional con sus familias incluyendo apoyos (L. Leñero)

† Rol de la esposa – madre

- Ésta es la encargada del hogar
- Quien lo dirige dividiendo responsabilidades.
- Responde a las necesidades de los hijos de acuerdo con sus edades.
- Ofrece apoyo emocional y compañía en el aspecto social y sexual de su pareja.
- Ser capaz de su autónoma para tomar decisiones.
- Es educadora y orientadora de los hijos.

† Rol de los hijos – hermano

- Acepta la tarea de ir a la escuela y ve como principal responsabilidad asimilar el conocimiento.
- Establece una relación de dar y recibir con sus padres.
- Se esfuerza por una emancipación adecuada a su edad.
- Se establece como individuo diferente de sus padres.
- Acepta una competencia con sus hermanos.
- Se afana por tener contactos emocionales con sus padres y hermanos.

† Roles idiosincrásicos.

Es el actuar de los miembros de la familia tradicional existiendo algunos roles que uno o varios miembros reproducen. La función de estos roles es la de preservar el balance familiar.

- **La víctima:** es cuando uno o varios miembros de la familia son receptores de cada sentimiento negativo y de tensión en la familia. La víctima sirve como el blanco de las fuerzas destructivas generadoras en la familia, que los mantiene unidos como grupo.
- **El unificador:** es el miembro que une a dos personas que se encuentran en conflicto.
- **El enfermo:** es aquel que habla y se comporta como el débil, con achaques, quejumbroso, enfermizo, permitiéndole ser tratado por los miembros de la familia con tolerancia.
- **El bueno:** es quien no expresa sentimientos de emergencia y complace las manifestaciones y expectativas de la familia.
- **El malo:** es quien expresa solo sentimientos de emergencia y nunca complace las expectativas familiares⁶

Funcionamiento de roles.

En apartados anteriores se mencionaron los roles tradicionales; este apartado se refiere a los roles y su funcionamiento, según lo que escribe el Dr. Leopoldo Chagoya:

“Un rol es la asignación de funciones o conductas a un individuo dentro de la familia”.

Las características de un rol son que debe ser flexible, aceptado, comprometido, claro, satisfecho e intercambiable en ocasiones que sea necesario o en crisis.

⁶ Leñero, L. La familia, 1970

En un rol disfuncional se dan elementos de ambigüedad, rivalidad o competencia, no-aceptación, rígido, no complementario. Por ejemplo los roles no pueden negar sus roles tradicionales y dar el mando a los hijos mayores; cuando se da esto estaremos hablando de una familia disfuncional.

Jerarquías.

Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, hacer y tomar acciones sobre decisiones finales. (Espejel. 1996).

Donde se involucran los siguientes factores independientes, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones intereses y recreación.

El involucramiento afectivo se mide a lo largo de cuatro niveles: desvinculación, separación, coacción y aglutinada.

↑ Democrática.

↑ Autocrática.

Y dos niveles del establecimiento de métodos de crianza:

↑ Dejar ser y dejar hacer.

↑ Caótico.

La autoridad puede y se da por los padres, abuelos, o hermanos mayores; siempre y cuando no se interfiera en el funcionamiento de la estructura familiar.

Alianzas.

"Se la llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las funciones son las que incluyen a los miembros de la familia, por lo general, entre hermanos, de los esposos" (Espejel. 1996).

(Reid, 1996) establece que la alianza lleva en sí el concepto de cada comunidad de objetivos y esfuerzos; debiendo estar ligada al objeto o a las funciones a las que sirve. En la familia sana se encuentran diferentes alianzas y cambiantes, según los momentos y los problemas que ésta deba afrontar. Las alianzas más frecuentes son: dos a favor de uno; dos contra de uno, y dos en busca de uno.

↑ Dos a favor de uno.

Se considera una alianza positiva de dos miembros a favor de un tercero, siempre que no se dirija a sostener una conducta disfuncional. Por el contrario resulta problemático la alianza entre los padres donde apoyar al hijo difícil pasa a ser un elemento de una relación no clara contribuyendo a cubrir los conflictos de pareja. En este caso, el hijo parece recibir una presión oculta para tener el síntoma por cuanto sólo así puede reestablecer el equilibrio en el matrimonio de sus padres. De ese modo, el sistema se convierte en el tutor de la situación y bloquea los componentes del núcleo en roles cada vez más rígidos.

↑ Dos contra de uno.

Es una alianza problemática de dos miembros contra un tercero (coalicción) se es cuando uno de los padres y un hijo se unen contra el otro padre; ésta coalición es la causante de problemas entre los miembros de pareja, y puede ser detectada por los miembros de la familia o no.

↑ Dos en busca de uno.

Proceso conocido como triangulación, consiste en la rivalidad entre los padres para obtener la alianza de un hijo o entre hermanos en la lucha por aliarse con uno de los padres; por ejemplo la disputa de los hijos durante la separación de la pareja.⁹

Retomando lo que establece Minuchin que las alianzas pueden ser o no ser funcionales cuando se dan entre miembros de la misma generación o sexo. La persistencia o el que se den entre miembros de generaciones diferentes para perjudicar a un tercero es disfuncional, en este último caso se habla de coaliciones.

Coaliciones.

La descomposición de una triada da como resultado una coalición de dos de sus miembros contra un tercero. Es una combinación de dos o más sujetos que adoptan una estrategia común frente a otro sujeto perteneciente al mismo sistema. La coalición dentro de una triada es una combinación de dos miembros de dicha triada al tercero.

Las trinadas primarias (madre-padre-hijo); dos de un mismo sexo y uno diferente, las triadas tienen propiedades que hacen que entre sus miembros se difiera como son las coaliciones de iguales y las coaliciones desiguales; en aquellos sistemas familiares en los que los hijos, tienen aproximadamente el mismo poder y su relación con los padres son simétrica, podemos esperar que las coaliciones madre-hija, duren más que las de madre-hijo.

Dentro de estos sistemas aparecen con frecuencia las coaliciones de dos hermanos frente a una hermana o la formada por un hermano y una hermana.

Una coalición parental es una coalición de compañeros semejantes; y una coalición entre padre-hijo es una unión desigual.

Territorio o centralidad.

Se refiere al espacio o atención emocional que cada miembro ocupa dentro de la interacción familiar, a mayor territorio, mayor centralidad, por el contrario un menor involucramiento mayor desconocimiento de quienes forman la familia. Generalmente la figura central es quien cuenta con la jerarquía más alta como por ejemplo la mujer – esposa – madre. (Espejel. 1996).

Geografía.

Este concepto se relaciona al espacio ambiental que ocupa la familia; y más específicamente el lugar o espacio físico de cada miembro de la familia ocupa, por ejemplo donde duermen los hijos, o la pareja, o quien ocupa que lugar en la mesa, etc. (Espejel. 1996).

⁹ Campanini, 141 – 142pág

2.2 Dinámica familiar.

"La dinámica familiar es conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuándo y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dada y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia".¹⁰

Otro autor (Jackson) escribe que la dinámica familiar es una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta como unidad funcional o no funcional. La manera de relacionarse entre los miembros de la familia propiciará acercamiento o estancamiento, un clima de seguridad o patología.

Con lo anterior puede entenderse como se relaciona los elementos de un sistema familiar entre si, y se comprenden también, que tan unidos o separados se encuentran los miembros.

2.2.1 Comunicación, funcionamiento de roles e involucramiento afectivo.

La comunicación, funcionamiento de roles e involucramiento afectivo son elementos que dan y establecen el funcionamiento de la dinámica familiar.

Comunicación.

La comunicación son los mensajes verbales y no verbales; medio por el cual los individuos se relacionan. Los patrones de comunicación son únicos en cada familia. Por lo que la comunicación se convierte en algo complicado cuando existen crisis familiares. En cambio en momentos de calma los mensajes entre los miembros de la familia son claros y directos.

Chagoya describe que el miedo de perder el amor o la estima de los otros es a menudo la razón por la cual un miembro de la familia emite mensajes enmascarados, indirectos y desplazados; en una familia sin patología este temor es mínimo.

Para ser un mensaje es necesario la existencia de un emisor y un receptor a esto se le llama comunicación directa, sin la necesidad de requerir a un tercero para enviar el mensaje por ejemplo a otra persona, un medio eléctrico, mecánico, etc. La comunicación indirecta requiere de estos elementos.

Por otra parte se debe valorar si el mensaje es claro o enmascarado con estos elementos se realizó una clasificación:

1. Comunicación clara y directa por ejemplo:
 - † Estoy enojada contigo-
2. Comunicación clara e indirecta por ejemplo:
 - † No me gustan tus zapatos -
 - † Cuando sé esta molesto por otras razones sin importar los zapatos.

¹⁰ Chagoya., 1975

3. Comunicación enmascarada y directa por ejemplo:
 - † Estoy enojada contigo –
 - † Al hablar con la hija al momento que el esposo esta enojado con la esposa.
4. comunicación enmascarada e indirecta por ejemplo:
 - † todos los hombres son iguales –
 - † Dice la madre a la hija cuando esta enojada con el esposo.

Involucramiento afectivo.

El involucramiento afectivo o cohesión es el grado de participación o vínculo de los miembros de la familia en eventos de la misma. Y los lazos emocionales que tienen los integrantes de la misma. Donde se involucran factores independientes, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones intereses y recreación.

El involucramiento afectivo se mide a lo largo de cuatro niveles: desvinculación, separación , coleccion y aglutinada. *Cuadro 1 niveles de cohesión.*

	Tipo de familia	Nivel de cohesión
1	Desvinculada	Muy bajo
2	Separada	Moderado a bajo
3	Conectada	Moderado o alto
4	Amalgamada	Muy alto.

Cuadro 1

Todas las familias cuentan con un código de valores, normas y límites; estas pueden ser implícitas o explícitas; las normas establecen límites que establecen la estructura familiar (Minuchin, 1986).

Expresión de sentimientos.

La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros como una respuesta afectiva de un individuo a otro; esto provee la recompensa básica de la familia. Las necesidades afectivas de los padres y de los hijos son importantes en la salud familiar.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Los cuidados y afectos son parte del proceso de socialización. Una inadecuada socialización puede resultar en reprivación, lo que puede a su vez manifestarse en que el individuo sea menos capaz de responder afectivamente a otros¹¹.

La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas que se dan entre cada miembro de la familia; permitiendo el desarrollo individual, proporcionando el sentido de no estar aislado.

La expresión de sentimientos se da a través de emociones como es la ternura, el cólera, la depresión, incertidumbre, individualidad y dependencia.

¹¹ Chagoya, L. Apuntes..., 1975.

- † La ternura dentro de una familia normal, los sentimientos positivos son expresados libremente como es el amor, el deseo, la ternura, y el amor; en una familia patológica se da en los miembros la incapacidad para pedir y dar afecto o atención.
- † Cólera en una familia normal explota y las frustraciones invaden el ambiente familiar, los miembros expresan libremente su molestia y enojos. En una familia patológica la cólera entre los miembros explota con violencia y / lo ocultan acumulando sus frustraciones.
- † En la depresión, lo normal o patológico de una familia radica en enfrentar estos periodos, al expresarlos libremente al llorar juntos reconfortando y superando estos periodos en poco tiempo. Lo patológico es no resolverlo y dejarlo sin solución; por ejemplo un luto no resuelto después de treinta años.
- † Incertidumbre; una familia normal tolera este tipo de situaciones, en una familia patológica uno de los miembros podría apoyar a otro para realizar algo de manera exagerada para evitar angustia resultando un conflicto extra al ya existente que no había aparecido si se hubiera esperado.
- † Individualidad y dependencia en una familia normal llega a un punto de dependencia absoluta, aceptando una dependencia parcial y mutua, los miembros de la familia aceptan esto para resolver una crisis temporalmente; siendo esto no un sacrificio total para otro, al resolver las crisis el individuo reclama su individualidad.
- † En una familia patológica, las zonas de autonomía están mal delimitadas y son causas de pleitos, recriminaciones y manipulaciones; autonomía que no quieren compartir con otros (Chagoya L.)

2.3 Ciclo vital.

El estudio y análisis del ciclo vital de la familia, de acuerdo con la teoría sistémica considera a ésta como: *"un sistema vivo, que interactúa con su medio, en constante cambios"* (Minuchin, 85 Pág.)

Algunos autores analizan el ciclo vital de la familia desde su particular punto de vista y corriente teórica. A continuación se enuncian.

- † Duball (1957) planteó ocho estudios en consideración a dos variables, de acuerdo con las edades de los hijos y los roles que desarrollan.
- † Trost (1977) escribió de ritos de transito entendidos como el nacimiento; a la boda de un de los hijo.
- † Hareven (1977) la historia familiar como proceso capaz de generar diversos tipos de estructura organizacionales y relaciones, en función de las condiciones y características de cada miembro integrante de esta.
- † Hill (1977) estimó el presentar atención a la edad y a los roles de cada uno de los miembros de la familia para describir un total de nueve estados, en donde o en los cuales se puede contar con una familia en particular a lo largo de la historia.
- † Minuchin (1994) contempla cuatro etapas desde el matrimonio por el nacimiento de los hijos, adolescencia, abandono de los padres para formar su propia familia y la vejez de los cónyuges.

- † Campanini y Luppi (1991) establecen cinco etapas iniciando con la formación de la pareja, la familia con hijos, familia con adolescentes, familia trampoline, y familia de edad avanzada.
- † Leñero (1970) establece tres etapas: etapa constitutiva que se subdivide en periodo preliminar y periodo familiar de recién casados; etapa de procreación y se subdivide en periodo inicial de procreación, procreación avanzada y etapa final.¹²

De acuerdo al criterio personal en la presente tesis se retoma la clasificación de Lauro Estrada Inda (1987) que plantea en su libro el "ciclo vital de la familia"; donde analiza y establece seis fases del ciclo vital de la familia.

Fases en las que se analizan las áreas de identidad donde se establece el desarrollo de la personalidad del individuo; área psíquica y biológica; área de la economía y el área del fortalecimiento del yo.

- a) **El desencuentro** momento en el cual se da la separación del individuo del núcleo familiar de origen; para formar su propia familia.
- b) **El encuentro** unión de la pareja para formar su propia familia. Los cónyuges empiezan a conocerse a profundidad; momento en que las expectativas de cada uno responde a lo pensado o esperado o tendrán que cambiar.
- c) **Con la llegada de los hijos** los miembros de la pareja tendrán nuevas actividades y responsabilidades. Con el mal desarrollo de esta fase el esposo se siente relegado por el hijo, iniciando los conflictos en la pareja.
- d) **La adolescencia** en esta fase se presenta:
 1. Problemas emocionales y de identidad en los hijos.
 2. Los padres se encuentran en su madurez y se encuentran viviendo su propia adolescencia.

En esta fase deben los padres aceptar el crecimiento de su hijo y darle el derecho para decidir personalmente con relación a su futuro laboral, escolar, sexual, y familiar. Para muchas familias es difícil aceptar esta realidad por lo que el proceso se hace lento y conflictivo; los padres se cierran y asumen una actitud controladora, para que el joven comience una vida independiente.

- e) **El reencuentro** con el desprendimiento de los hijos para formar su familia; la pareja se encuentra distanciada, será momento de reestablecer el contrato matrimonial y reorganizar sus vidas.
- f) **La vejez** o el envejecimiento llega con la jubilación laboral, con problemas de salud y muerte de uno de los conyugues; cualquiera de cónyuges llega a vivir con los hijos; resultando una carga para éstos. Es una etapa de la vida que la mayoría de los individuos no aceptan ni comprenden.

¹² Guadarama R. 1998, tesis

2.4 Tipos de familia.

- ✚ **Nuclear** es aquella conformada por el padre y madre con hijos o sin ellos hasta la primera generación.
- ✚ **Extensa** es aquella conformada por el padre y madre con o sin hijos, más un familiar consanguíneo viviendo bajo el mismo techo.
- ✚ **Compuesta** es aquella conformada por el padre y madre con o sin hijos, más otra familia con lazos consanguíneos viviendo bajo el mismo techo.
- ✚ **Reestructurada nuclear** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que concibieron juntos.
- ✚ **Reestructurada semi-extensa** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos uno de estos trae a vivir, bajo el mismo techo a uno o más miembros de su familia de origen.
- ✚ **Reestructurada extensa** es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido unión con hijos y que viven con la familia de origen de ella o él.
- ✚ **Uniparental nuclear** es una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.
- ✚ **Uniparental semi-extensa** es una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que recibe en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.
- ✚ **Uniparental extensa** familia integrada por padre y madre con hijos o sin ellos viviendo con la familia de origen.¹⁴

2.5 El funcionamiento de la estructura familiar y el trastorno depresivo en los adolescentes.

La depresión en los adolescentes se ha convertido en una de las líneas de investigación más importante en el ámbito internacional, por las manifestaciones clínicas y las propias del desarrollo humano, y del desarrollo en otras áreas.

Con frecuencia la depresión en los adolescentes aumenta comparativamente con la que se presenta en la infancia; el sexo y la edad se correlaciona para la manifestación de los síntomas.

¹⁴ Espejel L. 1997

Durante la etapa prepubertad la presencia en la mujer y en el hombre es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1; algunos autores mencionan que la llegada de la menarquia es un elemento importante de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia.¹⁵ Otras variables son la disfunción familiar, la baja autoestima y la psicopatología dentro de la familia, entre otras.

El rol del adolescente en la familia

Debe tenerse en cuenta que la familia no se muestra completa en un momento dado, sino que se va formando a lo largo de los años. Las actitudes de los padres cambian: no se trata igual al hijo mayor que al último, más distanciados cronológicamente de los padres.

También es diferente la situación del hijo único, ajeno a las rivalidades fraternas, pero que forma parte de un difícil triángulo, en el que la unión exagerada de dos margina al tercero. Los problemas que surgirán en este último caso son más violentos y directos, ya que no hay hermanos para poder desplazar el conflicto. La cuestión es quien se empareja con quien y contra quien.

El adolescente que carece de la posibilidad de ayuda de otros miembros jóvenes le obliga a buscar apoyo fuera de la familia o a procurarse alianzas con sus progenitores.

Por otra parte los padres sienten temor ante cualquier demanda de mayor libertad e independencia, pues viven con ello una pérdida de su rol de padres y se ven enfrentados a la soledad de la pareja ante el vuelo del hijo.²⁸

Influencia de las relaciones entre los padres

Cuando la relación entre los padres no es buena (vivan o no bajo el mismo techo), se crean tensiones emocionales en la familia que perturban el equilibrio de todos sus componentes. En estas familias los hijos sirven, por un lado, para aliviar la frustración generada en el matrimonio, y, por otro lado, se convierten en los receptores de los conflictos que los padres pueden proyectar y revivir, lo que les lleva a ser manipulados en pro de uno y en perjuicio del otro. El hijo pasa entonces de ser un manipulado a convertirse en manipulador, los padres tenderán a aferrarse a sus hijos.

El niño que ha vivido con inestabilidad será, pues, inestable e inseguro y ello afectará necesariamente a su ulterior elección y relación de pareja. Cuanto más inseguros se sientan los padres, más necesidad tendrán de aferrarse a sus hijos. Con esto no se pretende decir que todos los hijos de padres separados o divorciados tengan que ser adolescentes inseguros y con dificultades para llegar a ser adultos normales.

La ausencia física o psíquica del padre o de la madre por distintos motivos (fallecimiento, viajes, desinterés, incapacidad, etc.) confiere unas características especiales a los hogares y a la relación que se establece entre sus componentes, y por lo tanto, la situación del joven adolescente que se encuentre en esta situación se verá afectada por dichas peculiaridades. 29

El individuo aprende de lo que lo rodea; es decir de su ambiente el individuo vivará de acuerdo a esto; generalmente todas las familias tienen problemas pero de acuerdo a como aprendió a ver y vivir los problemas, será como tomarán su vida.

¹⁵ Villatoro J. La relación padre-hijo: una escala para evaluar..., Salud Mental, V. 20,n.2, 1997

²⁸ Op. Cit. 70 Pág.

²⁹ www.redsalud.com/depresión

Cada familia establece una dinámica y una estructura propia y única esta la establece la pareja de padres, si estos tuvieran problemas por ejemplo si estos no viven juntos, los hijos adoptan los problemas para sí y se refleja en sus comportamientos y personalidad. Los hijos son reflejo de los padres por la imitación de patrones de conducta, resultando padecimientos como la depresión siendo estos solo síntomas de la disfunción de la pareja y familia.

33A

III. Capítulo Metodología.

3.1 Justificación.

Mi interés profesional es intervenir como Trabajadora Social en una investigación sobre los pacientes psiquiátricos y sus familias; de mi servicio social en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; donde estuve en contacto con pacientes del servicio de consulta externa con diferentes padecimientos; de los cuales el más común fue el trastorno depresivo.

† En la actualidad, seis millones de mexicanos tienen problemas relacionados con el consumo del alcohol y cuatro millones padecen depresión, según estadísticas oficiales.¹

† En los próximos años está previsto que, con el acelerado crecimiento demográfico en México aumente el número de enfermos mentales con trastornos depresivos o demencias y trastornos de conducta.

Para el trabajador social un campo de intervención es la salud mental y las familias motivo de mi interés a investigar la relación entre los síntomas de la depresión en la adolescencia con la estructura familiar.

Para analizar la estructura familiar utilizando como marco teórico la teoría sistémica, que refiere a la familia como un sistema con estructura propia que determina su dinámica y su ciclo vital que permite a sus miembros desarrollarse, crecer sanos o enfermos en los aspectos tanto emocionales y físicos.

Esta teoría señala que en cada una de las etapas de la familia existe un equilibrio y momentos de crisis y que durante la adolescencia se presentan reestructura el equilibrio; que permita la maduración y crecimiento para continuar con las etapas siguientes.

Durante la adolescencia el individuo se encuentra en busca de una identidad propia; y es el proceso de adaptación psico-social de cambios.

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV el trastorno depresivo es el principal problema encontrado en el adolescente (como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos / con síntomas psicóticos, en remisión parcial / total, no específico),² y se señala también como este padecimiento que aparece en todas las etapas de la vida del individuo.

En todas las etapas de la vida, como en la adolescencia, el individuo es vulnerable en todos los aspectos sin embargo, los trastornos mentales en las áreas conductuales y afectivas, de mayor incidencia mexicanas en la adolescente son los estados depresivos más frecuentes y se consideran transitorios o patológicos.

Por lo antes mencionado el tema central de esta tesis **es la mujer adolescente con diagnóstico de trastorno depresivo** y los factores que intervienen para el desarrollo del padecimiento y en relación con la estructura familia.

¹ Julio Frenk, secretario de Salud ,NOTIMEX, 27 de junio de 2001, 1 Pág.

² DSM-IV breviario de criterios diagnósticos.

3.2 Planteamiento del problema.

¿Cuales la estructura familiar de las pacientes adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo que asisten al *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*?

¿Cómo es la comunicación, los roles, la figura de autoridad, sus interrelaciones e involucramiento afectivo, de los familiares de estas pacientes?

¿Cuál es el tipo de familia que predominan las pacientes depresivas?

3.2 Hipótesis de trabajo.

Hipótesis nula: HN No existe relación entre el funcionamiento de la estructura familiar y la depresivo de la adolescente.

Hipótesis alterna: HA Si existe relación entre el funcionamiento de la estructura familiar y la depresivo de la adolescente.

Variables.

Definición conceptual de las variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

El funcionamiento de la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que sé interactúa entre los miembros de una familia. Considerando a la familia como un sistema, que opera a través de pautas de interacción familiar que fortalece a cada miembro y a todos los que integran a la familia.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Trastorno depresivo en la mujer adolescente: es un trastorno con una serie de signos y síntomas que alteran el estado de animo. La depresión ocurre cuando somos incapaces de vivir a la altura de nuestros propios ideales del ego. Esto sucede al establecerse metas poco accesibles con su realidad social, cultural, y económica, entre otras.

Definición operacional de las variables.

Variable independiente Tipos de funcionamientos estructura familiar que se encontraron a través de la entrevista a profundidad.

Variable dependiente Las respuestas que proporcionaron pacientes a través de las pruebas aplicadas, en donde la calificación indica mayor grado de depresión y la presentación de estas.

Población.

Se reviso para la selección de la muestra a 143 pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en los meses de Noviembre, Diciembre del 2001 y Enero, Febrero, Marzo y Abril del 2002; en específico en la clínica de la adolescencia; de este total 70 % fueron mujeres y 30% hombres; del 70% de mujeres se tomo 19.5 % que cubrió el perfil de requerido para la presente investigación y quienes quisieron participar. Esto equivale 20 pacientes que participaron en la investigación.

Muestra.

Es una muestra no probabilística con muestreo intencional y por auto selección; las características de esta son:

1. Pacientes de sexo femenino
2. Con diagnóstico de trastorno depresivo e ideación suicida / intento suicida.
3. Solteras.
4. Con zona de residencia en el DF., zona conurbana y Estado de México
5. Ser pacientes
6. Que viva con su familia.
7. Ser pacientes de nuevo ingreso entre los meses de Noviembre, Diciembre del 2001 y Enero y Febrero y Marzo del 2002.

Muestra intencional

1. Con un rango de edad de 15 a 18 años cumplidos.
2. 20 mujeres adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo que asisten a la clínica de la adolescencia en el Instituto nacional de psiquiatría.

Tipo de estudio.

El presente trabajo de investigación es básicamente un estudio descriptivo para que a partir de los resultados obtenidos se planten posteriores estudios.

Instrumentos.

1. Instrumento de recolección de datos clínicos del paciente con trastorno depresivo.

Instrumento de investigación elaborado con base al instrumento llamado estudio inicial del trabajo social del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Se divide en cuatro secciones:

1. Datos generales:
2. Estructura familiar y diagnóstico social (datos que son considerados para la presente investigación)
3. Situación económica
4. Salud familiar

2. Guía de entrevista para las madres de las pacientes con depresión.

Instrumento guía para conocer la historia de vida de las madres de las pacientes. La obtención de información es de tipo cualitativa, se obtuvo la información a través de una entrevista con duración de 4 horas cada una.

El instrumento consta de diez secciones :

- I. Datos generales.
- II. Datos de origen.
- III. Infancia (5 – 11 años).
- IV. Adolescencia (11 – 21 años).
- V. Adulta (21 años hasta la fecha).
- VI. Embarazo.
- VII. Dinámica familiar (antecedentes de la pareja).
- VIII. Situación económica de la familia de la paciente en la actualidad.
- IX. Dinámica familiar durante la infancia y la adolescencia de la paciente.
- X. Antecedentes del desarrollo de la paciente.

3. Escala de evaluación de las relaciones paterno filiales⁴.

Es una escala para adolescentes, que evalúa aspectos que potencialmente puede causar conflictos en el ambiente familiar, en especial en la área de comunicación, apoyo y cohesión.

La escala cuenta con 31 ítems con cuatro opciones de frecuencia, tipo lickert divididas en cuatro secciones.

- † Hostilidad y rechazo.
- † Comunicación con los padres.
- † Apoyo de los padres a hijos.
- † Comunicación de los hijos. cuadro 1

Criterios de exclusión:

Escala auto aplicable para individuos de 11 a 22 años, hombres y mujeres, que sepan leer y escribir .

⁴ Villatoro J. Escala de evaluación..., Salud Mental, Vol. 20, n, 2, Junio 1997. 21-27 Pág.

Es un instrumento para jóvenes mexicanos, con objeto de emplearla, tanto en la evaluación del ambiente familiar, como el consumo de drogas, depresión, la ideación suicida y el intento suicida, y otros, que son conductas en las cuales la familia desempeña un papel importante de protección.

	Num. en ítems
Hostilidad y rechazo	5
	7
	10
	14
	16
	18
	20
	21
	26
	27
30	
Comunicación con los padres	4
	6
	8
	9
	11
	12
	23
24	
Apoyos de los padres a hijos	15
	19
	22
	29
Comunicación de los hijos	1
	2
	3
	13
	17
	25
28	
31	

Cuadro I

Escala de evaluación de las relaciones paterno filiales.

4. Otros instrumentos.

Escala traducida al español y validez de la escala de Birleson (DSRS Depresión Self Rating scale), para el trastorno depresivo en la adolescencia⁵.

Escala que fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento médico.

El instrumento es una escala auto aplicable tipo lickert que consta de dieciocho reactivos; todo puede puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación treinta y seis. Diez de los dieciochos reactivos se califican de 0 a 2 (1,2,4,7,9,11,13,15) y ocho reactivos se califican de 2 a 0 (3,5,6,10,14,16,17) (Anexo).

El tiempo de respuesta del instrumento varia, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos.

Criterios de exclusión:

1. Sé aplicable a hombres y mujeres adolescentes con edades entre 13 a 19 años cumplidos
2. El individuo tendrá que dar por escrito su autorización a participar.
3. Los participantes tendrán que saber leer y escribir; para llenar y responder a la escala de forma adecuada.
4. El individuo tendrá que tener un contacto mínimo de 40 horas con el personal clínico, antes de la aplicación de la escala.

La escala está elaborada para el establecimiento diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM IV, para la depresión, ansiedad y esquizofrenia. **anexo**

Escala de desesperanza e ideación suicida de Beck.⁶

La escala de desesperanza e ideación suicida de Beck cuantifica el grado y severidad de los pensamientos, deseos, amenazas de suicidio y la expectativa ante la vida y la muerte.

Los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud ante ello; evalúa también el grado de deseos de morir o vivir, el deseo de intentar suicidarse, los detalles de la planeación y los pensamientos del individuo ante el control de la ideación suicida.

La escala ésta forma por 21 reactivos, cada uno cuenta con tres posibles respuestas, califica de acuerdo con la intensidad de 0 a 2. la sumatoria indicará la severidad y el número de intentos previos de suicidio.

Al evaluar las conductas suicidas se considerara la aparición durante el último mes. En los reactivos 4 y 5 se establecerá si sé continuo o se suspende aplicando. Los últimos reactivos no se suman, ya que miden la severidad y el número de intentos previos de suicidio.

El punto de corte para evaluar la escala de Beck es un punto mayor o igual a 10 indicando que corre el riesgo de suicidarse. La confiabilidad de la escala es en estudio realizado en

⁵ de la Peña F. Salud Publica, Vol. V, n. 19, sup. Octubre, 1996, 17-23 Pág.

⁶ Mondragón, L. y Colaboradores. La medición de la conducta suicida en México: estimación y procedimientos, Salud Mental, Vol. 24, n. 6.diciembre 2001. 4 – 15 PÁG.

México se reporta un alpha de Cronbach de 0.93, es decir tiene un alto grado de confiabilidad.⁷

Escala K-SADS-PI

Escala K-SADS-PI versión en México traducida y adaptada por Fresas Ana, de la Peña Francisco. Investigadores de la UNAM y del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Esta escala la conforman 72 paginas (las cuales investigan antecedentes, salud general, historia familiar, tamisaje sobre depresión, ideación suicida, manías, psicosis, trastornos de pánico, ansiedad etc.)

Escala de tamisaje en la presente investigación solo se tomo en cuenta la sección sobre pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intentos suicidas-severidad, intentos suicidas letalida médica, y actos no suicidas de auto daño.

En ésta sección de la escala no se califica, tan solo se evalúa de acuerdo con los resultados obtenidos y el criterio del clínico que aplica la escala.

Procedimiento.

1. Se establece un primer contacto con la paciente y la madre o padre por teléfono para tener una cita en él el Instituto Nacional de Psiquiatría
2. La primera reunión fue en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en la jefatura de trabajo social. Donde se les explicó la investigación y le objetivo de la presente tesis que es: **Investigar la estructura familiar de la paciente con diagnóstico de trastorno depresivo.** Y obtener la autorización, para tal efecto se realizó una carta compromiso de participación; con la firma de la carta se planea una segunda reunión en el instituto; que pudo ser el mismo día u otro fue o el día de la próxima cita de la paciente.
3. La información se obtuvo a través de la aplicación de escalas a las pacientes con trastorno depresivo mayor con intención e ideación suicida del **Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente M.:** Se analizaron las entrevistas sobre la base de los ejes de análisis (funcionamiento familiar), de acuerdo al funcionamiento de las familias entrevistadas.
4. Entrevistar a profundidad a las madres o responsable de la paciente.
El objetivo de esta entrevista fue conocer la historia de vida de las madres.
 - a. Las entrevistas se realizaron de la siguiente forma 2 entrevistas de 2 horas cada una 19 de ellas se llevaron a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría, y una visita domiciliaria en un casos particulares.
5. Recolección de información en expedientes clínicos.

⁷ Mondragón, L. y Colaboradores. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Salud Mental, Vol. 21, n. 5, octubre 1998, 20- 27 Pág.

a. Escala de relaciones paterno-filiales (10 minutos)

Se retomaron los siguientes elementos Hostilidad y rechazo, comunicación con los padres; apoyo de los padres a hijos y comunicación de los hijos.

b. Escala de severidad de la depresión (DSRS) (5 minutos)

Se aplico esta escala con el objetivo de confirmar el diagnostico.

c. Escala de Beck (ideas suicidas) (15 minutos)

Para conocer el grado de ideación suicidad.

d. Escala K-SADS-L (15 minutos)

Conocer el numero de intentos suicidas.

Las escalas se aplicaron el mismo día en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Análisis estadístico.

Se trabajo con estudios descriptivos frecuencias, correlaciones y promedios (porcentajes)

40-A

IV. Capítulo Resultados de investigación.

Resultados y discusión.

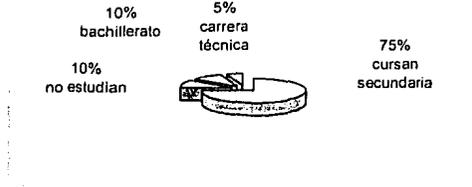
4. Presentación de graficas.

Para el análisis estadísticos de los datos se sistematizaron las veinte entrevistas. De las entrevistas a profundidad (4 horas cada una) realizadas a las madres de las pacientes depresivas, donde se obtuvieron los datos cualitativos sobre la estructura del sistema familiar; en segundo lugar se analizó la información retrospectiva recolectada de expedientes clínicos, obteniendo datos cuantitativos.

Se obtuvo información cuantitativa a través de la recolección de datos en expedientes clínicos de cada paciente; a través de una cédula que retoman algunos datos del estudio inicial de trabajo social dentro del instituto, que se presenta en el anexo. A continuación se presentan los siguientes datos en porcentajes.

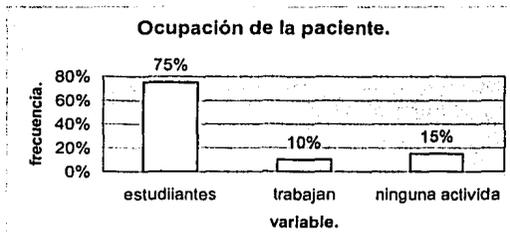
De 20 expedientes revisados pertenecientes adolescentes con edades de entre 15 a 18 años la frecuencia se muestra en la siguiente

Grafica 1
Grado de estudios de las pacientes estudiadas.



De acuerdo con la escolaridad del 100% de las pacientes, 75% cursan la secundaria, el 10 % estudiando el nivel bachillerato; 5% estudian una carrera técnica, y el 10% no estudian.

Grafica 2



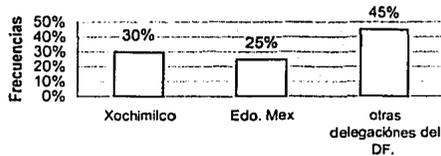
En lo que se refiere a la ocupación de las pacientes, se encontró que son estudiante un 75%, un 10% trabajan y un 15% no realizan ninguna actividad.

Al cruzar las variables de educación y trabajo se obtiene datos significativos a considerar, ya que el 15% de las pacientes no trabajan y no estudian; relacionándose con los síntomas característicos de la depresión por mencionar algunos: apatía o disminución del deseo para las actividades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 3

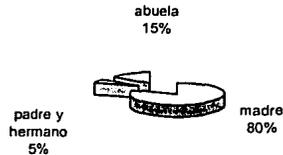
Lugar de residencia.



Se encontró a la zona de residencia como un dato sobresaliente es que un 30% que viven en la delegación Xochimilco, y un 25% en el estado de México zona sur; dato importante ya que el Instituto se ubica en la zona sur del DF.

Grafica 4

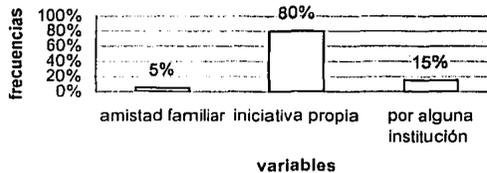
Responsable de la paciente.



El familiar responsable es la madre en un 80%; los variables restantes varían entre padre, hermano 5% y abuela cubren el 15%. Es un dato que llama la atención ya que son las mujeres las responsables de las pacientes.

Grafica 5

Fuente de referencia.

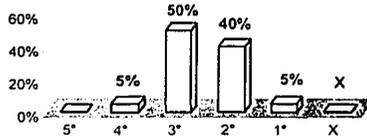


La fuente de referencia que les proporcionó la información para llegar al Instituto fue por el consejo de una amistad en un 5%, por iniciativa propia del paciente se ubico en un 80%, y las de menor frecuencia fueron la escuela e instituciones representado por el 15%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este último dato es importante ya que es la escuela el sitio donde pasan una gran parte del día el adolescente; y los profesores no se percatan de las problemáticas de éstos, con este tipo de padecimiento.

Grafica 6
Nivel económico



Estudio inicial realizado por el departamento de Trabajo Social asigna un nivel socio económico para determinar el nivel de cuota de recuperación se obtiene a través de datos proporcionados por la familia del paciente o el mismo analizados. Para ello existen parámetros establecidos por indicación de la dirección de servicios clínicos de la institución.

Estos criterios están dados por los siguientes indicadores:

Ingreso familia	55%
Ocupación	10%
Alimentación	10%
Tipos de vivienda	18%
Lugar de residencia	5%
Estado de salud familiar	2%
Total	100%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

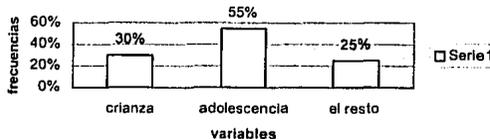
De acuerdo a estos porcentajes de establece la clasificación.

0 a 12	1x exento de pago
13 a 24	1
25 a 36	2
37 a 52	3
53 a 68	4
69 a 84	5
85 a 100	6

Como lo muestra la grafica; el 50% de las familias tienen un nivel económico medio bajo y en un 50% el nivel económico es bajo.

Grafica 7

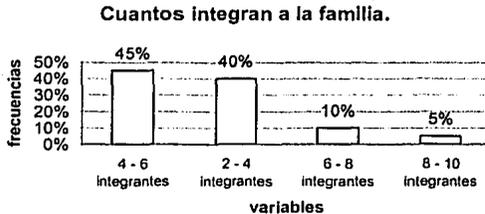
Ciclo vital de las familias.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La etapa del ciclo vital que atraviesa la familia es crianza en un 30%; adolescencia en un 55% y los restantes cubren un 15%. Las familias de la muestra se encuentran en la etapa de la adolescencia de manera similar.

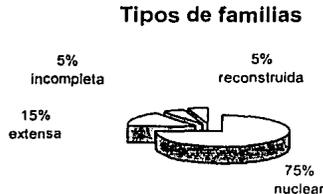
Grafica 8



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para conocer el número de integrantes de la familia se establecieron los siguientes rangos: 2-4; 4-6; 6-8; y 8-10 miembros de las familias. Se obtuvieron los siguientes resultados: las familias están formadas por un 45% de 4-6 miembros de la familia; un 40% de 2-4 integrantes; el 10% de 6-8; y el 5% de 8-10 integrantes.

Grafica 9



El 100% de las familias investigadas son nucleares en un 75%, las familias nucleares con problemáticas dentro del núcleo; en un 15% son extensas, un 5%; incompletas y otro 5% son familias reconstruidas a de causas de abandono y separación. Un dato a tomar en cuenta es la poca existencia de divorcios, siendo parejas casadas por la ley civil en un 80%, un 15% en unión libre y solo un 5% en proceso de divorcio.

El 75% son familias nucleares semi-incompletas ya que el padre es periférico es decir no se cuenta con él en la resolución de problemáticas familiares.

4.1 Análisis de varianzas.

Las madres provienen de familias con subsistemas conyugales parentales y fraternales con límites difusos, invadidos e influenciados por los sistemas parentales de ambos conyuges por ejemplo: la elección de pareja, la educación de los hijos, y la resolución de conflictos de pareja.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Subsistemas.

Al establecer los sistemas familiares se tiende a repetir a imitar inconscientemente los mismos patrones de las familias nucleares; las relaciones conyugales se encuentran deterioradas en un 70%. El otro y tiene 30% con subsistemas claros; el deterioro de los subsistemas se por problemas de violencia física y psicológica, infidelidad generalmente por que del padre en un 90% y por problemas de alcoholismo en un 80%.

Roles.

El rol familiar que ocupa el padre es ausente; en un 45% de las familias los padres son proveedores económicos, y un 55% corresponde a la madre adoptando esta función.

El rol tradicional de la madre es ser la encargada del hogar; es quien divide las responsabilidades en éste. Por responder a las necesidades de los hijos de acuerdo a su edad ofrece apoyo y compañía en el aspecto social y sexual de su pareja acuerdo con los datos recopilados, es la proveedora económica en un 60%; y es la cuidadora, orientadora y educadora de los hijos siendo en un 95% madre golpeadora y solo un 5% no golpeadora; y en un 60% son mujeres deprimidas y neuróticas, realizando una afirmación de acuerdo con la información analizada.

A través de los datos obtenidos se encontró que los roles en el sistema familiar son en un 90% disfuncionales idiosincrásicos es causante de problemáticas familiares ya que éste está ausente en un 60% y presente en casa en sólo un 40%. A causa del trabajar la mayor parte del día no está en el hogar en un 20%; y en un 40% se abandona a la familia definitivamente; el 30% va y viene a casa, tomando éste lugar como hotel, y un 10% que se va definitivamente del núcleo familiar.

Dentro de estos roles se asignan a los hijos donde se tienden a proyectar los propios problemas de los padres y como forma de control.

Límites.

Con respecto a los límites, se obtuvo que dentro de las familias investigadas, los límites son aglutinados en su mayoría por 50%; límites desligados en un 45%, y en un 5% son claros. Límites aglutinados son aquellos que aparecen y desaparecen a conveniencia de los subsistemas; creando en momentos coaliciones que eliminan las funciones de los subsistemas.

Se investigaron los límites a través de preguntas ¿cómo? ¿Quién da los permisos para salir? o ¿como se proporcionan los recursos económicos para cubrir los gastos de los hijos?, para comprar ropa, otra pregunta fue ¿con cuánta autoridad cuenta el hijo mayor dentro de casa?, otra fue ¿cuáles son los castigos o regaños?, etc.

Alianzas.

Las alianzas son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más miembros de la familia. Las alianzas funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación (entre esposos o entre hermanos); en este caso las alianzas se dan entre padres e hijos, resultando alianzas disfuncionales de acuerdo con lo tradicional; distribuidas de la siguiente manera, 65% madre-hija mayor; 30% padre-hija mayor; y 5% hermana-hermano.

Coaliciones.

Retomando lo que establece Minuchin que las alianzas pueden ser o no ser funcionales cuando se dan entre miembros de la misma generación o sexo. La persistencia o el que se den entre miembros de generaciones diferentes para perjudicar a un tercero es disfuncional, en este último caso se habla de coaliciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Un concepto de coaliciones señala que son uniones entre generaciones diferentes contra un miembro de la familia para llevarle la contra; para este tema los ejemplos en la investigación fue un aspecto frecuente a cuantificar ya que son datos muy variados y dispersos.

Cohesión.

La cohesión entre los miembros de estas familias se encontró que en el 85% no existe cohesión entre los integrantes de este grupo; es decir su nivel de cohesión o involucramiento afectivo varía de moderado a alto, la independencia de los miembros de la familia se presenta de igual forma, y los lazos de relación externa a la familia existen; en el interior abiertos y claros.

Territorio.

Se refiere al espacio o atención emocional que cada miembro ocupa dentro de la interacción familiar, a mayor territorio, mayor centralidad, por el contrario un menor involucramiento mayor desconocimiento de quienes forman la familia.

Para las familias investigadas, quienes es el centro de la atención es la paciente en un 95%; y 5% los esposos o padres de familia; quedando en un tercer plano la madre; es decir que los miembros de la familia no cuentan con un territorio propio o intimidad.

Geografía.

La geografía (casa), espacio físico que habitan, tomando en cuenta el lugar que ocupa cada miembro es decir si cuentan con una habitación para cada uno. En un 35% cada miembro cuenta con un espacio íntimo propio y el resto un 60% comparten las habitaciones entre los hermanos y los padres.

De acuerdo con lo anterior es posible hablar de hacinamiento ya que en la actualidad las casas son pequeñas o compartidas.

Comunicación

La incomunicación dentro de las familias en un 65% relacionada con comunicación negativa que busca el evitar conflictos por temor o comodidad. Aprendida por los padres ya que al hablar se utilizan gritos, insultos, amenazas o sermones como lo dirían los adolescentes. Esta misma comunicación es enmascarada e indirecta entre la pareja y manipulable entre los padres e hijos.

Tipos de familias.

El tipo de familia que representan las familias estudiadas es nuclear en su mayoría, en menor grado son extensas; y un mínimo de los casos son familias incompletas y reconstruidas. Dentro de estas familias se dan Del 75 % del total de las familias estudiadas son nucleares con problemáticas internas de las problemáticas existentes en las familias se encuentra en primer lugar el alcoholismo con un 55%, de esta cifra el 20% es bebedor social.

Al cruzar la variable de alcoholismo del padre y la de violencia intra familiar el 70% de las familias sufren de violencia y sólo un 30% no existe sin violencia. La violencia como se sabe se divide en varios tipos encontrando a la violencia psicológica en un 65% y 35 % violencia física.

Otras variables que se relacionan son la violencia e infidelidad existente en un 70% las familias la infidelidad por parte del padre; a causa de esta situación se han dado, en las familias separaciones de la pareja en un 30% ; de forma definitiva, o por periodos de meses o años, entre una a tres veces a lo largo de la vida matrimonial.



Involucramiento afectivo.

El involucramiento afectivo se mide a lo largo de cuatro niveles: desvinculación, separación, coacción y aglutinada. Y se involucran los siguientes factores independientes, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones intereses y recreación.

En este rubro se integran la expresión de sentimientos, que son los lazos emocionales dados entre integrantes de la familia, y el grado de autonomía de cada miembro; y la cohesión entre los miembros de esta se encontró que en el 85% no existe cohesión entre los integrantes de este grupo; es decir su nivel de cohesión o involucramiento afectivo varía de moderado a alto, la independencia de los miembros de la familia se presenta de igual forma, y los lazos de relación externa a la familia existen; en el interior abiertos y claros.

Es importante señalar que en el involucramiento afectivo y cohesión se preguntó a las madres si conocían a sus hijas enfocando las preguntas a sus necesidades y personalidad, y las respuesta fue no en un 85 % y un 15% la respuesta redundó en decir un poco.

4.2 Análisis de escalas aplicadas.**Escala de relaciones paterno filiales.**

Para esta variable se aplicó una escala de relaciones paterno filiales que las pacientes colaboraron para su llenado; con el objetivo de conocer y saber cual es el tipo de nivel de comunicación entre los miembros de la familia, contrastando los resultados, con la información proporcionada por las madres.

En la escala se evaluaron cuatro variables que se presentan a continuación:

Hostilidad y rechazo

Las frecuencias de respuesta en esta sección fue que casi nunca comparten los adolescentes sus problemáticas personales en un 40%; la respuesta a veces platican lo que les ocurrió a lo largo del día se sitúa en un 40%, y un 20% lo hace con mucha frecuencia, lo cual lleva a pensar que la adolescencia es difícil de comprender y representar el papel de víctima. Los padres escuchan pero a la adolescente le gusta representar el papel de víctima.

Comunicación con los padres.

Las respuesta en esta sección es la siguiente: con frecuencia un 15%, y a veces con un 50%; que al sumar esta respuesta no es muy variable resultando un 65%, que no comparten su vida escolar y sus problemáticas, considerando que es aburrido platicar con sus padres, y un 35% no comparten sus actividades diarias; otro rubro que se califica, es aquel en donde los padres no cuentan con sus hijos para resolver problemáticas; y el brindar apoyo cuando la familia tiene emergencias.

Apoyo de los padres a hijos.

De acuerdo con las respuestas de las adolescentes, en un 75% consideran que casi nunca son ignoradas por sus padres cuando tienen problemas, y en un 5% son ignoradas por sus padres en la misma situación, pero aunque se consideren víctimas, los padres las apoyan en situaciones difíciles en un 55%. De acuerdo con las respuestas, los padres no informan sobre la toma de tomar decisiones importantes dentro de la familia.

Comunicación de los hijos.

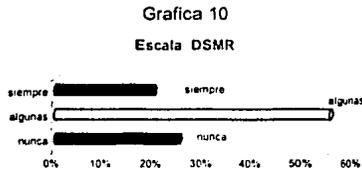
A según los padres las adolescentes les interesa la convivencia familiar en un 65%, con un 30% solo a veces, y en un 5% no les interesa; son los padres quienes apoyan a los hijos aunque la comunicación es como sigue "no es buena".



Resumiendo para las familias se maneja incomunicación por la existencia de barreras de comunicación, por ejemplo el desinterés de los hijos por la situación familiar, la falta de confianza entre sus miembros. La incomunicación dentro de las familias en un 65% relacionada con comunicación negativa que busca el evitar conflictos por temor o comodidad. Aprendida por los padres ya que al hablar se utilizan gritos, insultos, amenazas o sermones como lo dirían los adolescentes. Esta misma comunicación es enmascarada e indirecta entre la pareja y manipulable entre los padres e hijos.

Escala DSMR.

La aplicación de la escala DSMR, fue con el objetivo de conocer la remisión de sintomatología ante el tratamiento médico, a partir del ingreso de las pacientes en el instituto en los meses de noviembre y diciembre del 2001 y de enero al mes de abril del 2002; al analizar los resultados la remisión de los síntomas han sido en un 65% y en un 35% sin remisión de síntomas; considerando que esto se debe a la diferencia de asimilación de tratamiento médico y a la problemática dentro del sistema familiar.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Escalas de Desesperanza de Back y la Escala de K-SADS-PI.

Se aplicaron las escalas de Desesperanza de Back y la Escala de K-SADS-PI, la primera escala para saber el grado de severidad de los pensamientos suicidas, deseos y amenazas; la segunda es para conocer las expectativas de vida ya que esta es una variable tomada en cuenta en los expedientes clínicos.

El motivo principal de consulta es la depresión y los intentos suicidas de 20 casos analizados que constituyen el total son depresivas; de este 100% el 95% son depresivas con intento suicida.

Una serie de datos médicos obtenidos en las entrevistas a profundidad; son considerados para proponer posteriores investigaciones sobre los partos; ya que en un 90% los nacimientos de las pacientes fueron complicados y solo un 10% fueron sin complicaciones.

Dentro de la entrevista a profundidad una sección fue de preguntas sobre el embarazo y parto de la madre y de la paciente, se realizaron preguntas como ¿Fue un hijo planeado?, ¿Fue un hijo deseado?, ¿Fue un hijo aceptado? ; las respuestas variaron entre no planeados ni deseados en un 90% y solo un 10% fueron planeados y deseados; padre y madre deciden el aborto siendo abortos fracasados en un 90%.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

40 A

V. Capítulo Propuestas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Intervención de trabajo social

En el Instituto Nacional de Psiquiatría se aplicó en 1998 un programa psicoeducativo donde se forman grupos de familias de pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión y de esquizofrenia, siendo la familia un aliado para ayudar, a enfrentar los problemas que genera la enfermedad del paciente, de igual manera; como este programa se pretende incrementar la auto confianza y la autonomía de la familia con respecto al equipo de salud.

En el año 2001 el equipo de salud de la clínica de la adolescencia aplica un programa para padres de familia con temas diversos sobre padecimientos psiquiátricos y manejo de la adolescencia.

El programa de actividades de Trabajo Social en el Instituto Nacional de Psiquiatría; las funciones del Trabajador Social Psiquiátrico son las que a continuación se señalan.

1. La participación del Trabajo Social será en conjunto con otros profesionistas en el área paramédica interdisciplinaria, para la operación de los programas de promoción, educación y restauración de la salud.
2. Promover y organizar grupos con actividades tendientes a la capacitación, difusión de la salud; en la planeación y evaluación; tendientes a atender el tercer nivel de atención (rehabilitación).
3. Realizar acciones de enseñanza y formación continua.
4. Realizar investigación socio-médica acorde a las necesidades de los pacientes.
5. El objetivo es dar atención en el área social al paciente desde el primer contacto institucional hasta su reinserción en su vida cotidiana.

Con lo anterior, se establece que Trabajo Social es parte del equipo multidisciplinario que apoya en el diagnóstico clínico a través del primer contacto y entrevistas subsecuentes.

Estudio inicial: es la aplicación de una breve entrevista, para conocer los aspectos sociales, familiares, económicos del paciente.

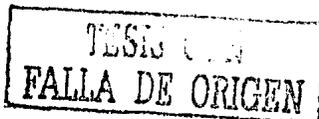
Orientaciones cuando el paciente lo requiere en temas como familia y el tratamiento médico y referencias.

Sesiones de grupo trabajo con pacientes y familiares.

Revisión de expedientes, estudios psico-sociales, sesiones clínicas

Coordinarse con el equipo de salud mental sobre las alternativas y manejo de grupos familiares.

Si estas son las funciones cabe la posibilidad de organizar grupos de trabajo con las familias.



5.1 Propuestas de programa.

El presente programa, que no es muy diferente a los ya antes aplicados, pretende realzar las funciones de trabajo social dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente ya que estas han sido hechas a un lado por el equipo de salud.

Este programa intenta que los familiares cuenten con un espacio para obtener información verás, precisa y práctica; por ejemplo sobre el padecimiento del miembro de la familia "el enfermo".

Resaltar la importancia del tratamiento médico y farmacológico para lograr la participación de la familia en el proceso terapéutico al enfrentar a la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA.**Programa de intervención para familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo; de primer ingreso en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muños".**

En la actualidad la depresión es un problema de salud mental persistente y prevalente en la sociedad mexicana es dentro de las ciudades como el DF. y zona conurbana donde se presenta en la mayor incidencia.

La familia es la célula de la sociedad donde cada miembro requiere de los otros para subsistir el individuo necesita de la familia para conocer sus límites o sus posibilidades a fin de superar unas y aprovechar otras. La familia es el primer lazo de unión amorosa, primer educador y socializador.

La familia cuenta con una estructura y una dinámica; que de acuerdo a su funcionamiento o disfuncionalidad, propiciar al individuo un funcionamiento social.

Existen talleres o grupos de apoyo llamados escuela para padres, donde se pueden analizar temas sobre la dinámica y la estructura familiar que por lo general esta dentro del programa psicoeducativo.

El presente programa es trabajo de grupos mediante la reflexión de la problemática familiar que relaciona a todas las familias que asistan.

A continuación se presenta la metodología para la realización y aplicación del presenta. Programa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo general:

1. Establecer grupos específicos de familiares de pacientes con diagnósticos comunes de manera permanente en consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

Objetivos específicos:

- 1.1 Proporcionar información práctica, precisa y veraz sobre el padecimiento que permita a los familiares conocer y entender mejor a su paciente.
- 1.2 Influir sobre los familiares para detectar problemáticas personales utilizando técnicas para tal efecto.
- 1.3 Establecer un grupo para la reflexión, compartiendo experiencias.
- 1.4 Involucrar a todos los miembros de la familia.

Meta.

Establecer grupos tres al año de familias con pacientes de diagnósticos comunes de manera permanente en consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

Procedimiento.

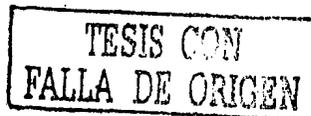
- 1 Detectar pacientes con diagnóstico de depresión e invitar a las familias a participar en el grupo de familiares.
- 2 Se lleva registro de asistencia.
- 3 Se realizará una entrevista familiar, donde se firmará una carta compromiso.
- 4 Contar con un programa o carta descriptiva .
- 5 Se realizarán evaluaciones por los miembros de familias al inicio y al final del trabajo en grupo.

Recursos humanos:

Dos Trabajadores Sociales.

Un Psiquiatra.

Una secretaria



Carta descriptiva:**Características:**

1. Las sesiones serán de dos horas un día por semana.
2. Serán quince sesiones en total; de acuerdo con las características y necesidades de cada grupo.
3. Las sesiones se dividirán en dos partes:

3.1 Primera parte, se presentará un tema por el Psiquiatra o / y Trabajo Social, donde se expondrán los temas.

3.2 La segunda el Trabajador Social intervendrá para buscar la reflexión de los temas presentados; combinando la aplicación de técnicas y dinámicas de reflexión.

4. Se realizarán cuatro evaluaciones:

4.1. Las tres primeras evaluaciones se realizarán con el objetivo de conocer las expectativas de los participantes ante los temas, los expositores y las sesiones de reflexión.

4.2. La cuarta evaluación será dirigida por el departamento de Trabajo Social para conocer lo útil o lo inútil del programa.

El presente grupo de trabajo utiliza el método psicoeducativo; con la tarea de ser orientadores y educadores del grupo para que los participantes asuman sus problemáticas y busquen en conjunto las soluciones.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

Programa de intervención para familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo; de primer ingreso en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muños".

Sesión	Tema	Responsable Primera Parte	Duración	Responsable Segunda Parte
I. Adolescente:	-Que es adolescente.	Trabajo Social.	2 horas	GRUPO DE INTERVENCIÓN FAMILIARES Y TRABAJO SOCIAL
II. Adolescente:	- Personalidad y familia			
III. Adolescente:	-El desarrollo físico y psicólogo -Amistades y noviazgo.			
IV. Adolescente:	-Violencia			
V. Adolescente: 1° EVALUACIÓN.	-Adicciones			
VI. Características del padecimiento etiología.	-¿ Que es depresión? -¿Cómo se manifiesta?	Psiquiatría.	2 horas	
V. Características del padecimiento etiología.	-Depresión y familia.	Trabajo Social.	2 horas	
VI. Tratamiento farmacológico. 2° EVALUACIÓN.	† Dudas. † Mitos.			
VII. Funcionamiento de la estructura familiar y la depresión.	† Comunicación.	Trabajo Social.	2 horas	
VIII. Funcionamiento de la estructura familiar y la depresión	† Funcionamiento de roles.			
IX. Funcionamiento de la estructura familiar y la depresión.	† Involucramiento afectivo.			
X. Funcionamiento de la estructura familiar y la depresión	† Ciclo vital.			
XII. Funcionamiento de la estructura familiar y la depresión	† Tipos de familia.			
XIII. Salud mental familiar. 3° EVALUACIÓN	† Propia evaluación de los integrantes de la familia. (para ello cada participante trabajará y reflexionará, sobre sus problemática).			
4° EVALUACIÓN.				

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Conclusión.

La presente tesis plantea una problemática que actualmente esta en aumentando día con día, en esta ciudad y en otras; la **depresión** es un padecimiento que se esta convirtiendo en una problemática de salud publica; este padecimiento surge dentro de un núcleo **familiar** ya que el individuo es un ser resultado de la construcción social, el **adolescente** es un ser en constante cambio y en busca de su identidad; por lo que en ocasiones se pierde en el camino resultando ser vulnerable a todo tipo de problemas a las que se enfrentan.

Al plantear el problema de la presente tesis que es conocer la estructura familiar de las pacientes con diagnostico depresivo; conocer la dinámica familiar y los tipos de familias predominantes.

Se establezco una muestra de veinte familias para analizar su estructura familiar de las 20 familias investigadas son disfuncionales a causa de problemáticas diversas donde el padecimiento de las hijas en la etapa de la adolescencia es un síntoma de la verdadera problemática de esta.

Los conceptos que forman la estructura familiar dentro del sistema que se divide en subsistemas donde se dan las alianzas entre madres e hijos; formados por jerarquías es el imponer obediencia, hacer y tomar acciones sobre decisiones finales, que se da por la madre dentro de los sistemas dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando; dentro de las familias analizadas se encontró que los limites son difusos y en ocasiones inexistentes. Donde se involucran los siguientes factores independientes, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones intereses y recreación.

Dentro de las familias analizadas estos factores se encuentran como lo proporcionaron los resultados es la confirmación de la hipótesis alternativa que se planteo **la existencia de relación entre el funcionamiento de la estructura familiar esta relacionado con la depresión de la adolescente**. Y se niega la hipótesis nula no es existente relación entre el funcionamiento de la estructura familiar y la depresión de la adolescente.

Los patrones de la dinámica familiar se dan a través de imitaciones y repeticiones de patrones de conducta de las familias de origen, resultando mismos o similares problemáticas en estas; la estructura de la familia es el resultado de la distorsión de la misma.

Con lo referente a los tipos de familias predominantes en las familias seleccionadas resulta que el mayor porcentaje entre los tipos de familias son las familias nucleares con padres de tipo periféricos estos son ausentes la mayor parte del tiempo y son se cuenta con ellos para la resolución de conflictos, y solo en un menor porcentaje es el proveedor económico de la familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de las familias estudiadas la madre es quien provee económicamente, emocionalmente y es quien cubre las necesidades básicas de los hijos y en ocasiones de la pareja, las madres entrevistadas cuentan con cinco síntomas de la depresión; por lo tanto una madre con rasgos depresivos educa hijos con los mismos rasgos, y así los hijos lo aprenden.

El planeamiento de la tesis es la presentación de un programa de intervención para familiares de pacientes con diagnóstico trastorno depresivo donde se establecen grupos de reflexión de los problemas familiares, proporcionándoles información práctica, precisa y útil; influyendo en las familias para detectar sus propios problemas y el compartir experiencias entre otros miembros de la familia asistentes y que toda la familia se involucre en las alternativas para solucionar sus problemas.

El interés profesional es que el área de trabajo social dentro del instituto nacional de psiquiatría sea reconocida en sus capacidades profesionales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Abulia.- Disminución o privación de la voluntad.

Signo constante en la depresión, donde aparece acompañado por un estado de malestar y culpabilidad, fomenta la ansiedad (melancolía). Motriz e intelectual, en los miembros y generalizada. Le resulta imposible hacerlo sus actividades aunque físicamente nada se lo impide.

Afectos.- son las manifestaciones verbales o físicas de bienestar o malestar que se utilizan entre los miembros de familia.

Adolescencia primaria.- fase en la cual el individuo concluye la niñez.

Adolescencia avanzada.- etapa en que el individuo está evolucionando para convertirse en adulto.

Anhedonia.- pérdida de afectividad caracterizada por la incapacidad de experimentar placer.

Término que adopta la psiquiatría clínica a mediados del siglo XIX, implica la capacidad para experimentar sensaciones de placer, su aplicación va más allá extendiéndose hasta la falta de respuestas emotivas generales.

Catatonía.- síndrome psicomotor que afecta sobre todo a la actividad motriz voluntario, comprende aspectos petrificados, incierta negación, positividad aceptando y manteniendo las posiciones dadas las posiciones discordantes, a veces acceso motores paroxísticos, a veces peligrosos.

Clasificar.- significa crear, definir o confirmar límites entre conceptos.

Clínico.- conjunto de conocimientos adquiridos por la observación fenómenos que presenta el enfermo que guarda como sin ayuda de pruebas de laboratorio. Es una ciencia y una arte que tienen sus métodos, disciplina y reglas.

Lo concerniente a la enseñanza que se realiza en los hospitales a partir de casos concretos.

Sus métodos se oponen a lo empírico; y una parte personal que es la infusión y la experiencia es el llamado sentido clínico. Por extensión observación y comprensión del prójimo, con una experiencia anterior como Psicología clínica. Categoría de enseñanza del hospital.

Conflicto situación en pugna que se establece entre dos o más circunstancias y que se pueden plantear la necesidad de soluciones o estudios emocionales que proceden de la desigualdad genética necesidades aspiraciones, ambición, egoísmo, evolución, madurez e inmadurez y en lo que hoy purga manifiesta.

Enfermedad.- es un estado de desarrollo en el funcionamiento del organismo. Estado anormal del cuerpo que afecta las funciones del organismo.

Epidemiología.- Epi – sobre; logos-estudio; demos-pueblo. Conjunto de conocimientos que estudian las enfermedades, transmisibles y crónicas, la frecuencia y distribución- inicio, periodo, frecuencia, número de casos-

Episodio.- es cualquier fase transitoria en un trastorno o enfermedad episódica.

Estupor.- inhibición motriz que se traduce por una inmovilidad del cuerpo y el rostro, y un mutismo más o menos acentuado. Se encuentra en la melancolía, en la confusión de la catatonía

Etiología.- el estudio de las enfermedades; búsqueda de las causas de una enfermedad (diagnóstico etiológico). Estudia a sí mismo la frecuencia de las manifestaciones, morbilidad y de sus apariciones en frecuencia de la edad, sexo, de la razón, clima, y la época, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nosología.- estudio de las enfermedades en general o estudio de los caracteres distintos que permiten definir las enfermedades. Se emplea también el término de nosología en el sentido de descripción y clasificación metodológica de la enfermedad.

Patología.- parte de las ciencias médicas consagradas a las enfermedades. La patología externa o quirúrgica trata de las enfermedades somáticas cuyas lesiones o trastornos pueden ser asistidos por un tratamiento directo, gracias a una instrumentación manipulada.

Patología de los órganos (y aparatos vitales) o médicos comprenden tres ramas: cardiología, reumatología, hematología, etc.

-de los órganos y aparatos vitales.

-de las funciones instrumentales de la vida de relación: neurología.

-de la integración psíquica de la vida de relación: psiquiatría.

Prevalecia.- poder de ciertos reflejos para inhibir otra acción refleja en el área en que se manifiestan. Y son las características de ciertos fenómenos biológicos específicos por la cual tienden a dominar sobre otros fenómenos permaneciendo.

Polaridad.-

Post pubescencia.- en el caso de la mujer continua el desarrollo y crecimiento. Se normaliza su regularidad menstrual y su fertilidad.

Pubescencia.- don dos años antes de la pubertad. Se conoce a veces como preadolescencia. Constituye el principio del desarrollo físico del cambio en las relaciones corporales y de la maduración de las características sexuales primarias y secundarias.

Pubertad.- inicio del proceso de evolucion e tapa del desarrollo en el individuo en que se manifiestan los cambios del desarrollo Morbilidad.- en demografía se estudia mediante la estadística el número absoluto o relativo de las enfermedades en un grupo dado y durante un periodo determinado.

Por ejemplo: en función de la edad, del sexo, se contienen así tablas de morbilidad para pronósticos socio económico y los cálculos de probabilidad de los organismos o de las compañías de seguros.

Salud.- es el equilibrio físico, mental y social del individuo durante sí vida.

Síndrome.- conjunto de síntomas característicos de una afección o de un grupo de afecciones. Se trata de una agrupación. De una identidad nosografía, de síntomas, es una unidad clínica que incita a buscar una patología única, conducir por causar diferentes.

Síntoma.- modificación de una función que corresponde a un estado patológico de la misma, o signo que expresa un desorden de una función, provocando enfermedad.

Síntomatología.- conjunto de síntomas que presenta un enfermo.

Trastorno de conducta.- la conducta de evidencia de la dependencia raya en la enfermedad desde enojo-fóbico-obsesiva.

Trastornos mentales.- término técnico aplicable a las perturbaciones mentales relacionados con el proceso de desarrollo y sus dificultades, en contraposición a las perturbaciones extrañas y / o las Psicología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANECDOTARIO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anecdotario de la historia de vida de las madres de las familias investigadas.

Ejemplo: Paciente A Madre A Embarazo no planeado, no deseado y si aceptado.
Este embarazo fue diferente a los dos primeros, durante todo el embarazo tuve mucho miedo. Yo estaba tomando anticonceptivos para controlarme, cuando me enteré que estaba embarazada ya tenía dos meses y continué tomando los anticonceptivos, fue un embarazo no planeado, no deseado pero si aceptado, fue un parto sin complicaciones pero eso si durante el tiempo del embarazo y el parto tuve miedo ¿ porqué? No lo sé, solo lo tenía.

Ejemplo Paciente B Madre. B Embarazo al parecer deseado.
Como fue el embarazo de Diana (silencio...), bueno mi primera hija fue no deseada a los siete meses de nacida me embarazo del otro hijo, Diana no fue planeada, yo no me controlaba, él me cuidaba, él se dio cuenta que estaba embarazada de los tres yo no me daba cuenta. El embarazo fue bonito, fue un parto normal y rápido mi hija nació en el pasillo del hospital no alcancé a llegar al quirófano.

Ejemplo: Paciente C Madre C Madre proveedora.
-recuerdo como construí mi casa, yo iba a trabajar desde muy temprano los lunes y regresaba a casa hasta el sábado, mi hijo mayor era quien cuidaba a su hermana, él iba a cobrar mi raya para pagarle al albañil o para comprar material, él estaba bien chiquillo; me acuerdo que cerca de la casa construyeron una escuela, yo les pedía el material que les sobraba; me decían que sí y mi hijo y yo cargábamos botes con mezcla; así puse piso de cemento en mi casa, porque estaba de pura tierra, también recuerdo que iba a conseguir pedazos de lozeta para mi piso, para tener una casa bien; yo iba a la delegación así fue como conseguí comprar un terreno; ahora mi esposo dice que él le pago al señor que nos trabajó en la casa-.

Ejemplo: Paciente. D Madre D
-su periodo inicia a los 11 años; con el inicia con un carácter agresivo, se vuelve enojona, sufre de dolores; a mi hija mayor y a mi nos agrede; porque dice que no la entendemos; en ocasiones cambia de carácter repentinamente está alegre después enojada y luego se pone a llorar; esto a lo largo de varios días y nos habla con un odio; si su papá le niega algo le hace un berrinche.

Ejemplo: Paciente E Madre E
En la escuela la reprendían mucho por ser platicadora y con bajo rendimiento es enojona, cuando se enoja se acuesta y no hace nada.

Ejemplo: Paciente F Madre F
A partir que ingresa a 2° de secundaria Gaby se ha vuelto muy reservada, le preguntamos algo y nos contesta con un -no se-; o sobre sus amigos de ¿cómo son? o ¿quiénes son? Que queramos conocerlos, responde - ¿para que?; ustedes piensan mal de todos- y no es eso.

Ejemplo: Paciente G Madre G



Era muy grosera durante la primaria y la secundaria yo la cuidé mucho la sobreprotegi, yo siempre le he hecho todo, yo era estricta pero con las tareas; era muy aplicada, estaba en la escolta; a mí no me tiene miedo pero a mi esposo sí; sí que le tiene miedo.

Ejemplo Paciente H Madre H Competencia entre los padres.

Yo estudié medicina, he ejercido mi carrera aunque mi esposo no se molesta porque él no terminó la secundaria y es carnícero; mi padre me decía -para que tienes un título guardado, explótalo-, y bueno yo he trabajado sin descuidar a mis hijas, siempre he estado al tanto de ellas. Eso de trabajar me quitó autoridad en casa porque mis hijas y mi esposo se llevaban bien, platicaban de todo temas como SIDA, homosexualidad; y mi esposo me decía -que crees las niñas me preguntaron tal cosa, y no se que responderles, que les digo-; yo le explicaba, pero de un tiempo para acá que las niñas están creciendo, la comunicación entre ellos se ha deteriorado, y conmigo ha mejorado, no se a que se deba.

Ejemplo; Paciente I Madre I. Padre ausente.

En una ocasión peleamos que él decide irse de casa; él estaba recogiendo sus cosas y Diana se dio cuenta, mi hijo dice que vio que Diana agarró muchas pastillas y se fue a la cocina; pero antes de eso le dijo a su papá - papito no te vayas-, se le hincó, le rogó, le lloró; yo le decía -déjalo así lo decidí-; mi hija pensó que era por su culpa, que nos fuéramos a separar, ella le decía a su papá -ya me voy a portan bien-, yo le decía -déjalo así nos evitamos broncas-, y ya ella se salió del cuarto y se tomó las pastillas.

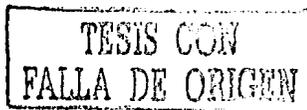
La llevamos a que le hicieran un lavado; esa fue la razón porque mi esposo no se fue, pero días después me dijo que se iba a Estados Unidos y se fue; nos quedamos sin dinero, mi hijo trabajaba un taller que puso su papá de reparación de bicicletas, pero apenas salía, mi hija la casada que trabajaba en una fábrica me llevó y conseguí trabajo, Diana se queda solo en la casa con su hermana mayor, yo se la encargó mucho.

Mi esposo regresó medio año después, decía que iba a cambiar; ya no salía; de repente salíamos juntos, de repente comenzó a irse con los amigos a bailar y bueno yo no lo voy a cambiar; él continuó andando de vago y lo encerraron en la cárcel lo inculparon de un asesinato pero él no fue, lleva en la cárcel un año, ahora ha cambiado y dice que cuando salga va a cambiar.

Ejemplo Paciente J Madre J. Infidelidad y violencia física.

Él inicia otra relación con una prima de él; continuaban nuestros problemas como agresiones verbales y físicas. Nace mi segundo hijo con epilepsia; durante este embarazo mi esposo me dio unas golpizas; por ejemplo cuando terminó esta relación estaba tan molesto que comenzó a tirar cosas en la casa y después me tiro al suelo y me patio.

Ejemplo. Paciente K Madre K Infidelidad y violencia física.



Mi esposo era muy violento me golpeaba, teníamos relaciones sexuales y casi siempre quedaba embarazada, mis hijos se llevan uno o dos años de diferencia. Mientras yo estaba embarazada él me pasaba enfrente a sus mujeres.

Ejemplo: Paciente L Madre L. Violencia física.
Mi esposo me pegaba bien feo, con un palo, con una cuerda, o con lo que encontrara, por eso yo nunca les pegué a mis hijos.

Ejemplo: Paciente M Madre M Violencia psicológica.
Yo le tenía miedo, no por los golpes, sino por su carácter violento por sus malas caras, me humillaba, me hacía menos; ¿infidelidades? No gracias a Dios. Yo era una mujer que aguantaba situaciones humillantes; por saber que el matrimonio era para siempre, pensé en la separación, pero no me arrepiento de no haberlo hecho.

Ejemplo: Paciente N Madre N me sentía tan mal que por eso les pegaba.
-yo siempre fui madre golpeadora más de mi hija mayor; la relación entre mis hijos es de estira y afloja; con mi esposo la relación está tan deteriorada que por cualquier detalle peleamos; él trabajaba por temporadas, cuando no trabaja yo tengo que andar mendigando comida con su familia; cuando mis hijos eran más chicos, me sentía tan mal que por eso les pegaba.

Ejemplo: Paciente O Madre O Depresiva.
Soy una persona que le afectan las cosas de manera diferente a los demás -lo platica llorando-, últimamente soy muy lloroncita y me da corajito, porque mi madre también es llorona, y mi hermana mayor, se que tengo un problema tal vez soy depresiva; pero ahora no puedo atenderme aquí, porque con mi hija han sido muchos gastos-

Ejemplo: Paciente P Madre P Temor a la hija.
Yo le llegue a pegar con la mano con lo que fuera, y ella se me ponía a gritar; es muy violenta, en ocasiones nos dejamos de hablar, por un rato después estamos como si nada. Mi esposo le llegó a pegar cuando yo salía, parece que no la quiere.

Ejemplo: Paciente Q Madre Q Perfeccionista.
-yo le pegaba a mis hijos porque no hacen las cosas, como deben ser y me desespero, les pego con lo que encuentre, pero era más seguido cuando era más chico ahora ya no...

Ejemplo: Paciente R Madre R. Golpeadora, grosera y agresiva...
-yo fui madre golpeadora, yo era grosera con mis hijos y agresiva con mi esposo, les decía palabras agresivas; yo les decía que me mataba trabajando para darles todo lo que necesitaban y ellos eran mal agradecidos; mi esposo me decía -que no les hablara así-; y yo le decía que no se metiera si él no estaba con ellos todo el día, y lo callaba...

Ejemplo: Paciente S Madre S Límites desligados, hijo mayor autoritario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La relación entre mis hijos entre Diana y su hermana chocan mucho por que mi hija mayor regaña a Diana para que haga las cosas; mi esposo era golpeador con los dos primeros hijos a Diana no nunca le pegó.

- Ejemplo:** Paciente M Madre M Alianza disfuncional entre madre-hija menor.
-yo y Lucero no platicamos mucho, pero es mi única compañía, a veces duermo con ella, y platicamos sobre sus hermanas, le digo -que todas sus hermanas (que son cuatro), se escaparon con su novio sin casarse-; yo le digo que ella no lo vaya ha hacer para que le vaya bien.
- Ejemplo:** Paciente M Madre M Alianza a conveniencia.
-cuando mis hijas quieren un permiso para salir, y mi esposo les dice que no; ellas prefieren pedírmelo a mí porque saben que yo soy la que dice que sí; aunque mi esposo se enoje y antes haya dicho que no-.
- Ejemplo:** Paciente T Madre T Alianzas funcional entre hermanos.
-entre mi hijo y Tania la relación es muy buena siempre se han llevado muy bien, son muy afines en el gusto por la música, el carácter; desde que él se casó a Tania le ha afectado en la soledad, era su amigo, su confidente, su compañero, él la cuidaba mucho. Actualmente él se separo de su esposa y regresó con nosotras y continuamos como antes-.
- Ejemplo:** Paciente U Madre U. Madre e hijo contra el padre.
-mi esposo iba en ocasiones a casa a ver a Tania y le decía que quería regresar con nosotros, que nos necesitaba pero que yo y mi hijo no lo permitíamos; mi hija se enoja con nosotros. Cuando él le decía eso hasta se ponía a llorar al principio ella le creía pero ya no; porque su hermano y yo le hacemos ver todo lo malo que él ha hecho-.
- Ejemplo:** Paciente V Madre V La más importante es la paciente.
Yo no quiero que mi hija sea como yo; no otra Gloria, con las mismas frustraciones; por eso todo lo hago por ella; trabajo y la apoyo aunque mi esposo sea un alcohólico y haya que tenido que dejar al tratamiento en el CAAF (centro de apoyo para el alcohólico y la familia); yo le digo a mi esposo -ella necesita más apoyo ahora, que tu-.
- Ejemplo:** Paciente X Madre X Es el esposo es el más importante.
Mi esposo me ha sido infiel en muchas ocasiones; y mis hijos se han dado cuenta, se dan cuenta como nos peleábamos, porque era a gritos y golpes, yo le decía "si te gustan prostitutas yo voy a ser como ellas"; él me respondía con palabras bien hirientes. Pero eso ya pasó desde que está en la cárcel, ya va para un año yo lo voy a visitar cada tercer día y le llevo dinero o lo que necesite, pero no se porque mi hija no lo quiere ir a visitar.
- Ejemplo:** Paciente Y Madre Y Inexistencia de intimidad.
La casa donde vivimos, no me gusta es un cuarto y tenemos que compartir con los hijos; creo que por eso él me fue infiel, porque en la casa era imposible tener una relación sexual, teníamos que esperar a que se durmieran los hijos, y uno tenía que reprimirse; las últimas veces yo no sentía nada, le fingía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Ackerman, Natalio. Diagnostico tratamiento de relaciones familiares. Buenos Aires ED. Paidós, 1974.
2. Ander-egg, Ezequiel. Hacia una metodología de Trabajo Social. México, ED. Ecro, 1998, 193pp.
3. Ander.egg, Ezequiel. Que es el Trabajo Social. Edito. Humanitas, Buenos Aires, 1987, 145-150 Pág.
4. Anaya, C. Programa anual de actividades de trabajo social psiquiátrico en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muños". 1991
5. Bertalanf, Ludwig. Teoría general de sistemas
6. Bachellet M. Guía Clínica De Atención, Diagnostica. España, ED. Ministerio de Salud 2001.
7. Beck, A. Diagnostico y tratamiento de la depresión. México, ED.
8. Breviario criterios diagnósticos DSM IV, 1997, Barcelona, ED. Masoor
9. Blos Peter, Psicoanálisis de la adolescencia. Buenos Aires, ED. Piados, 1999, 120Pág.
10. Campanini. Apuntes de curso de Psicología de la familia. ED. Univ. Ibero, México, 1975
11. Calderón Narváez. Depresión sufrimiento y liberación. México, ED. Edamec. 1997, 202 pp.
12. Camacho, G. Modelos de intervención individualizada. Guía para su construcción. México, ED. UNAM-ENTS, 1998, 69pp.
13. Caplow, T. Dos contra uno. México, México, ED. Alianza, 1974, 211 pp.
14. Casones Y. Manejo afectivo de un grupo. El desarrollo de los grupos hacia la madurez y la productividad. México, ED. Trillas, 1998, 13-25 Pág.
15. Castellano, M. Manual de trabajo social. Edito. Prensa mexicana, 1974, México, 3 – 10 Pág.
16. Chávez de Sánchez, M. Drogas y pobreza. México, ED. Trillas, , 1991
17. De La Fuente. R. (Compilador). La depresión en la adolescencia. México, ED. Funsalud, 2001
18. De J. Ajuriaquerria. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona, 4ª edic. ED. Toray-Masson, 1977, 952 pp.
19. DiCarlo E. El trabajo Social. Teoría metodología – investigación. Buenos Aires, ED. Ecro, 1976, 200pp.
20. Dieron, H. Psicología
21. Espejel, E. Guía de conjunta de funcionamiento familiar, México, ED. Univ. Ibero. 1983.
22. Estrada, Lauro. Ciclo vital de la familia. México, 1980, ED. Posada
23. Estadísticas anuales del DF, 2000, INEG. 46 Pág.
24. Fredén L. Aspectos Psicosociales De La Depresión. México, ED. F.C.E.1986, 417 pp.
25. Framo Jamrs L. Investigación sistémica de la dinámica familiar. Cap. II
26. Grínder R. Adolescencia. Barcelona, ED. Limusa 1998, 568-580 pp.
27. Gesell, A. El adolescente de 10 a 16 años. Buenos Aires, ED. Paidós, 1963 24-45 pp.
28. Gonzáles Montes S. (compiladora) Las mujeres y la salud. México, ED. Colegio de México, 1995
29. Gómez L. Psiquiatría, salud mental y trabajo social. España, ED: Eunate, 2000, 17-153 Pág.
30. Gomezjarea. F. Técnicas de desarrollo comunitario. México, ED. Fontamara. 374pp.
31. Guadarama L. Dinámica familiar y la televisión. México. 1998, UNEM. Cuadernos de investigación.
32. Hernández, M. coord. Apuntes del taller estrategias de la entrevista aplicada a la evaluación de la familia. División de enseñanza del Instituto Nacional de Psiquiatría, 1993
33. Howard, L., Beauchamp, M. Comprensión del desarrollo humano. Edito. Pax-Méx. , México, 1985, 302 Pág.
34. Janet, Shibley h. Psicología de la mujer ... 18- 22 pp.
35. John E. Horrocks. Psicología en la adolescencia. México, ED. Trillas, 1999 13-51 pp.
36. Kaplan I., Sadok J. B. Compendio de psiquiatría. México, ED. Salvad, 1988
37. Kisman N. Introducción al Trabajo Social. Edito. Humanitas, 1981, Buenos Aires, 116 Pág.
38. Kondny, R. Y Col. Como sobre vivir a la adolescencia de su adolescente. Buenos Aires, ED. Javier Vergara, 1989, 371-382 pp.
39. Minuchin, S. Técnicas de terapia familiar. ED. Paidós, México, 1994
40. Minuchin, S. Familia y terapia familiar, ED. Gedisa, 1986
41. Millán M. coord. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Española ED. Masson 1995.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

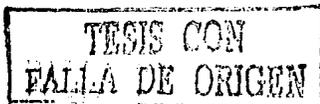
42. Muuss R.E. Teoría de la adolescencia. México, ED. Paidós, 2001, 217p.p
43. Labon, R. Diccionario de psicopedagogía y psicología del niño.
44. Leal, C. Trastorno depresivo en la mujer. Barcelona, ED. Masson, 2000, 234 pp.
45. Leñero Luis. La estructura y dinámica familiar contemporánea. ED. Anuiés, 1976
46. Leñero Luis. Fenómeno familiar en México. ED. Inst. Mexicano de estudios sociales. 1983
47. Leñero Luis. Desarrollo social. ED. Anuiés, 1976
48. Leñero, L. La familia. México, ED. Instituto Mexicano de Estudios sociales, 1977
49. Pardini, F. Metodología y teoría de la investigación en ciencias sociales. México 1999, ED. S. XXI, 190 Pág.
50. Programa Nacional mujer, salud y desarrollo. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud. Secretaria de Salud, México 1992
51. Programa De Cooperación Internacional De Salud Mental. Depresión aspectos clínicos y tratamiento serie de monografías clínicas n. 1 Barcelona, 1988, ED. Moisés Gaviria.
52. Pérez P. ¿Te conoces mujer?. México. 1997, 4ª Edic. ED. Pirámide.
53. Piaget, J. Desarrollo cognoscitivo..
54. Richmond, M. Qué es trabajo Social con caso individualizado. México, ED. Humanitas, 173pp.
55. Repetton, E. Y Ruz U. Orientación, educación e intervención psicopedagógica. España, ED. UNEA. 850pp.
56. Robert L. Teoría de sistemas. México, ED. Trillas, 1984
57. Saavedra, A. Vocabulario de trabajo social. México, 1999, 35 Pág.
58. Satir Virginia. Psicoterapia familiar conjunta. México, Edito. Pax- México, 1991
59. Shibley, H. Psicología de la mujer (la otra mitad de la experiencia humana). Madrid, ED. Motara, 1995.
60. Sittol, Thad. Comp. Historia oral; guía para profesores.... México 1995, ED. FCE.
61. Shibley Hyde, J. Psicología de la mujer, la otra mitad de la experiencia humana. México, ED. Morata, 1995, 483-500 Pág.
62. Shaff, D. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch gen psychiatry. vol. 53, april/1996, 339348 Pág.
63. Silva, A. Investigación social: procesos y técnicas. México. ED. UNAM-ENTS, 2000, 331pp.
64. Silver, T. Manual de la medicina de la adolescencia. serie Paltex, Prog. de salud, no. 20, Organización panamericana de la salud, 1992, 75-85/427-449 Pág.
65. Soleá, P. Terapia antidrogas. Edito. Salvad, México, 1999
66. Velasco Á. coord. Historia y testimonios orales. México, 1996, ED. INAH. / series históricas 1ª Edic.
67. Valdés Millán M. coord. Breviario de Criterios Diagnósticos DSM-IV. Española, ED. Masson 1995
68. Vallejo, J. Introducción a la Psicología y psiquiatría. España, ED. Salvad
69. Velasco Ávila Cuauhtemoc coord. Historia y testimonios orales. México, 1996, Edit. INAH. / series históricas 1ª Edic.
70. Winnicott Clare, Psicopatología de la delincuencia. México, ED. Paidós, 1990, 343 pp.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

1. Del Coral, M. Comparación de la cohesión y adaptación entre familias clínicas y no clínicas. Maestría en la FAC. de psicología, UNAM. 1995Rodríguez L. El suicidio en la adolescencia, Mayo/1995
2. Rodríguez L. J. El suicidio en la adolescencia, mayo/1995
3. Guadarama R. Dinámica familiar y la televisión, tesis, UNAM. 1998
4. Lagunes, J. El suicidio en la adolescencia. Tesis de Lic. en Psicología, FAC. de Psicología, UNAM, Mayo/1995. 88 Pág.
5. Pérez, G. Fecundidad adolescente. Tesis de Lic. en Trabajo Social en la UNAM, Marzo/01
6. Vo Linchtemberg, D. Las áreas comunes en la estructura y funcionamiento familiar de las familias de los niños con diagnóstico de depresión detectada mediante escalas de funcionamiento familiar. Tesis de lic. En Psicología, FAC. de Psicología de la UNAM, Noviembre/1998, 206 Pág.

Hemerografía.

1. Asunción, M. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. Salud Mental, Número Especial, 1999.
2. Asunción, M. Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. Salud Mental. Vol. 22, no. 4, agosto/1999
3. Bonilla, F. Especial sobre depresión. Revista de Psicología. Núm. 5 Mayo del 2000
4. Carlos Berlanga, Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10, Salud Mental Vol. 19, suplemento. Julio de 1996, 26-30 Pág.
5. Carlos Berlanga, El trastorno depresivo evaluación bajo una perspectiva fenomenológica, Salud Mental, Vol. 19, suplemento julio/1996.
6. De la Peña, F. Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría. Salud Mental, Vol. 19, suplemento julio/1996, 19 -25 Pág.
7. Salud Mental, Vol. 22, no. 4, agosto de 1999
8. De la Peña, F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicocial. Salud Mental Vol. 22, num. Especial, diciembre/1999, 88-92 Pág.
9. De la Peña, F. Traducción al español de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Salud Mental, Vol. 19, suplemento, octubre/1996. 17-23 Pág.
10. De la Peña, F. Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. Salud Mental, Vol. 22, no. 4, agosto/1999, 9-13 Pág.
11. De la Peña F. La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad inter evaluador y temporal. Salud Mental, Vol. 21, no. 6, diciembre/1998, 11-18 Pág.
12. Informe Del Consejo Nacional De Población CONAPO en el periodo 1997-2000
13. Mondragón, L. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. Salud Menta, Vol. 24, no. 6, diciembre 2001, 4-15Pág.
14. Mondragón, L. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Salud Mental, Vol. 21, no. 5, octubre/1998. 20-27 Pág.
15. Ontiveros, M. Clasificación internacional de enfermedades. organización mundial de la salud. Salud Mental IV, 19, suplemento. Julio de 1996. 11-17 Pág.
16. Saucedo, M. Frecuencia y causa de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la división de servicios clínicos del instituto nacional de psiquiatría. Salud Mental, Vol. 20, suplemento, octubre/1997, 13-18 Pág.
17. Villatoro J. La relación padre-hijo: una escala para evaluar..., Salud Mental, Vol. 20, no.2, Junio, 1997, 21- 27 Pág.



Paginas de Internet.

1. AACAP Facts for Families. Niño deprimido, No. 4 (Revista 8/98)
2. AACAP Facts for Families - Desorden Bipolar (la Enfermedad Maniaco-Depresiva No. 38 (Revisado 5/2000)
3. Annan representante de la OMS; NUEVA YORK, Estados Unidos, abr. 7, 2001
4. Declaraciones de Julio Frenk, secretario de Salud Su Prioridad Es La Salud Mental... el Miércoles 27 de junio de 2001 Fuente: NOTIMEX
5. Declaraciones de Annan Secretario de la ONU "Padecen 400 millones de personas enfermedad mental": en GINEBRA, Suiza, mayo 15, 2001 Fuente: NOTIMEX
6. Julio Frenk, Prioridad a la salud mental: secretario de Salud Miércoles 27 de junio de 2001 Fuente: NOTIMEX
7. www.notimex.mx
8. w.w.w.actualidadpsiquiatricaDrJuanRomeu.depresionenlainfancia
9. www.actualidadpsiquiatricaporedr.juanromeu-ba.com
10. www.lmp.cdsm.edu.mx
11. www.udec.cl.html
12. www.semfyg.es/afam/cursos.html
13. www.lafacu.com/apuntes/psicologia/terapia_familiar/default.html
14. www.aragos.es
15. www.aap.org.ar/publicacione/dinamica.html
16. www.mentesana.com/ayudafamilias
17. www.redsalud.com/depresion

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

70

ANEXO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad nacional autónoma de México
Escuela nacional de trabajo social.



Objetivo: Investigación retrospectiva y descriptiva a través de la obtener de información de datos en expedientes clínicos de pacientes con trastorno depresivo.

Fecha: _____ Expediente: _____

Datos generales.

- I. Edad:
- II. Escolaridad:
- III. Ocupación:
- IV. Religión: otra específica. _____
- V. Zona de residencia: 1al 16
- VI. familiar responsable
- VII. Fuente de referencia
- VIII. nivel económico (clasificación)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Estructura familiar.

- IX. Etapa del ciclo vital de la familia
- X. Numero de los integrantes de la familia:

XI. Edades de los padres grado escolar de los padres Ocupación de los padres

- Madre:
- Padre:
- Edad de los hermanos

XII. Tipo de familia:

- 1. nuclear
- 2. extensa
- 3. Completa
- 4. Incompleta
- 3. Reconstruida
 - por 1. Divorcio
 - 2. Muerte
 - 3. Separación
 - 4. Abandono

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- XIII. Apoyo instrumental quien se lo brinda:
-

XIV. Apoyo emocional quien se lo brinda:

XIV.-Expectativas-al-tratamiento:

Situación económica:

XVI. Ingreso mensual familiar (salarios mínimos)

XVII. Alimentación en porcentaje de ingresos

XVIII. Vivienda

Tipo de tenencia

Tipo de vivienda

Salud familiar:

XIX. Numero de enfermos en la familia.

XX. Numero de familiares que se atienden en el INP.

XXI Cuentan con seguridad social: especificar: _____

XXII. Diagnostico social. (Problemática familiar detectado)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Guía de entrevista a madre de la paciente con depresión.

Objetivo: conocer la historia de vida de la madre de paciente con depresión.

Fecha: _____ Expediente: _____

I. Datos generales:

1. Edad.
2. Estado civil (casada, soltera, viuda, unión libre) por cuanto tiempo.
3. Religión
4. Ocupación
5. Escolaridad
6. lugar de nacimiento
7. lugar que ocupó dentro de su familia

II. Datos de origen:

1. Donde nació (durante la infancia y la adolescencia)
2. Quienes formaron su familia (entre padres y hermanos)
3. Como era la interrelación entre los integrantes de su familia (subsistemas)
4. Como era su madre
 - a. Carácter
 - b. A que se dedicaba
 - c. Estado de salud
5. Como era su casa (descripción)
 - a. Numero de habitaciones
 - ↓ Baño
 - ↓ Cocina
 - ↓ Dormitorios (integrante por)
 - ↓ Sala
 - ↓ comedor
 - b. servicios (intra y extra domiciliarios)
 - c. materiales de construcción
 - d. zona de ubicación
 - e. grado de satisfacción de la familia

III. Infancia (5 – 11 años) Harold y Kaplan. Compendio de psiquiatría, 1990

- a. relación con los integrantes de la familia
 - ↓ como se percibía usted
 - ↓ como la percibían su familia
- b. A que jugaba (con quien)
- c. Vida escolar
- d. Salud en general (expectativas de vida y muerte)
- e. Vida de relación (amistad y noviazgo)
- f. Principales problemas que percibía durante esta época, que han afectaron su vida adulta y como madre.

IV. Adolescencia (11 – 21 años) Harold y Kaplan. Compendio de psiquiatría, 1990

- a. Relación con los integrantes de la familia
 - ↓ como se percibía usted
 - ↓ como la percibían su familia
- b. inicio de la pubertad (menstruación)
- c. Salud en general (expectativas de vida y muerte)
- d. Vida de pareja (noviazgos y amigos)
- e. Vida escolar y laboral
- f. Principales problemas que percibía durante esta época, que han afectaron su vida adulta y como madre.

V. Adulta (21 años hasta la fecha) Harold y Kaplan. Compendio de psiquiatría, 1990

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- a. Relación con los integrantes de la familia
 - ↓ como se percibía usted
 - ↓ como la percibían su familia
- b. Salud en general (expectativas de vida y muerte)
- c. Vida de pareja (noviazgos y amigos)
- d. Vida escolar y laboral
- e. Principales problemas que percibía durante esta época, que han afectaron su vida adulta y como madre.

VI. Embarazo

- a. Como fue el embarazo de su hija _____
 - ↓ fue un embarazo planeado
 - ↓ problemas durante el parto

VII. Dinámica familiar Antecedentes de la pareja

- a. Donde y como se conocieron
 - b. Tiempo de noviazgo antes del matrimonio
 - ↓ Expectativas de los cónyuges
 - ↓ Relación actual de pareja (subsistema conyugal)
 - c. Involucramiento afectivo
 - d. Problemas detectados
 - e.- Separaciones
- } estabilidad de la pareja

VIII. Situación económica de la familia de la paciente en la actualidad.

- a. Proveedor económico.
- b. Ocupación
- c. Ingreso mensual
- d. Grado de satisfacción familiar
- e. En vivienda
- f. Salud general de la familia entre padres y hermanos.

IX. Dinámica familiar durante la infancia y la adolescencia de la paciente.

- a. Subsistemas paterno (relación de madre con paciente)
- b. Subsistema fraterno
- c. Normas
- d. Reglas
- e. Límites
- f. Comunicación
- g. Principales problemas detectados en la dinámica familiar actual.

X. antecedentes del desarrollo de la paciente.

- ↓ Infancia
- ↓ Adolescencia
- ↓ Vida escolar
- ↓ Vida laboral
- ↓ Noviazgo (relaciones sexuales) y amistades
- ↓ Suicidio
- ↓ Tratamiento psiquiátrico (quien tomo la iniciativa,

Apego, y expectativas)

P. lic. T.S. Enriqueta Valenzuela Cruz

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

75

Carta compromiso para las participantes en la investigación.

Clinica de la adolescencia en el instituto nacional de psiquiatria.

Fecha: _____

Dr. Antonio García Marín.
Director de servicios clínicos
Del instituto nacional de psiquiatria
Ramón de la Fuente.

Dr. Antonio García Marín.

Por medio del presente hacemos constar que estamos de acuerdo en participar dentro del proyecto de la estructura familiar en mujeres adolescentes con depresión.

Hacemos constar que se nos ha explicado la necesidad de consultar el expediente clinico de las pacientes, realizarnos entrevistas, contestar cuestionarios e inclino colaborar en una eventual visita domiciliaria, aceptando participar activamente.

Senos han explicado también que esta intervención no significa costo extra, y reconocemos que los datos obtenidos de la evaluación estarán a disposición del medico responsable de la paciente.

Estamos de acuerdo en que los resultados de la investigación sean presentados de forma anomia en una publicación de difusión científica.

Paciente (nombre y firma): _____
P/M/Tutor (nombre y firma): _____
: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escala de DSRS.

Instrucciones: por favor responder honestamente; ¿ como te has sentido en la última semana? No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

Auto aplicable.

Fecha: _____

Expediente: _____

- | | Siempre | Algunas veces | Nunca |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Me interesan las cosas tanto como antes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Duermo muy bien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Me dan ganas de llorar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Me gusta salir con mis amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Me gustaría escapar, salir corriendo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Me duele la panza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Tengo mucha energía. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Disfruto la comida. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Puedo defenderme por mi mismo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Creo que no vale la pena vivir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Soy buena para las cosas que hago. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Me gusta hablar con mi familia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Tengo sueños horribles. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Me siento muy sola. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Me animo fácilmente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Me siento muy aburrido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Escala de evaluación de las relaciones paterno-filiales.

Versión original Jorge Villatoro. (Adaptada por Francisco de la Peña y Marcos Millan)
Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Expediente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Escolaridad: _____ fecha: _____

Introducción: lee con cuidado cada enunciado y marca con una "X" con que frecuencia corresponde a las relaciones que mantienes con tus padres en el último mes. No hay respuestas buenas o malas.

Auto aplicable

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás.				
2. Cuando algo personal me preocupa se lo comento a mis papás				
3. Cuando tengo un problema recurro a mis papás.				
4. Mis papás me platican sus problemas más importantes				
5. Mis papás me rechazan.				
6. Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan con migo.				
7. Mis papás me ignoran en sus pláticas.				
8. Mis papás me platican lo que les ocurrió durante el día.				
9. Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos.				
10. A mis papás les es indiferente la convivencia familiar.				
11. Trato de ayudar a mis papás cuando tienen problemas.				
12. Cuando mis papás tienen problemas importantes me los platican.				
13. Platico con mis papás lo que me ocurrió durante el día.				
14. Me desagrada reunirme con mis papás.				
15. Mis papás son los más importantes en mi vida.				
16. Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen.				
17. Me agrada hablar con mis papás				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
18. Me toman en cuenta mis papás cuando tienen problemas.				
19. Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas.				
20. Mis papás piensan que sólo les doy problemas.				
21. Cuanto con mis papás en situaciones difíciles.				
22. Mis papás me apoyan en lo que emprendo.				
23. Mis papás platican conmigo sobre su trabajo.				
24. Mis papás me comunican las decisiones importantes.				
25. Platico con mis papás mis problemas personales.				
26. Mis papás muestran interés en lo que me sucede diariamente.				
27. Es aburrido platicar con mis papás.				
28. Platico con mis papás lo que hago en la escuela.				
29. Mis papás me apoyan para hacer lo que considero importante.				
30. Cuando platico mis inquietudes con mis papás, terminamos peleándonos.				
31. Mis papás comprenden mis puntos de vista.				
32. Siento que soy importante para mis papás.				
33. Me gusta convivir día a día con mis papás.				
34. Mis papás me comunican sus planes.				
35. Mis papás son afectuosos.				
36. Mis papás me dan confianza para hablar de mis problemas.				

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Expectativas de la vida y la muerte.**I. Características de la actitud sobre vivir y morir.**

1. ¿Qué tantas ganas tienes de seguir viviendo?

- 0) el deseo de vivir es fuerte o moderado
 1) el deseo de vivir es poco, o débil
 2) no tiene deseo de vivir

2. ¿Qué tanto desea usted morir?

- 0) no tiene deseos de morir
 1) el deseo de morir es poco
 2) el deseo de morir es fuerte o moderado

3. Para usted ¿es preferible vivir que morir o morir que vivir?

- 0) vivir vale más que morir
 1) morir vale más que vivir
 2) le da lo mismo vivir que morir

4. ¿Ha deseado firme mente quitarse la vida?

- 0) ningún deseo de realizar un intento serio
 1) lo ha deseado de vez en cuando
 2) lo desea en forma continua y permanente

5. ¿Si desea quitarse la vida, en qué momento lo haría?

- 0) lo haría cuando alguien lo pudiera rescatar
 1) dejaría la vida o la muerte a su suerte (cruzar una calle sin precaución)
 2) usted misma lo propiciaría o se dejaría morir sin involucrar a nadie (por ejemplo dejar de tomar su medicamento)

Si el paciente contesta "0" en las preguntas 4 y 5 no se aplican las secciones II, III y IV, y se utiliza el "8" en estos casos; y pase a la sección V.

II. Características de la ideación suicida o del deseo suicida.

6. ¿qué tanto tiempo piensa (duración del pensamiento) en la posibilidad de atentar contra su vida?

- 0) lo piensa por periodos cortos, en forma pasajera
 1) la idea permanece por más tiempo
 2) el pensamiento es (crónico) constante

7. ¿qué tan seguido (frecuencia del pensamiento) piensa en la posibilidad de atentar contra su vida?

- 0) lo pienso rara vez u ocasionalmente
 1) lo piensa intermitentemente
 2) lo piensa continuamente

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

8. cuando tiene estos pensamientos, ¿qué hace usted con ellos?

- 0) los rechaza
 1) le son indiferentes
 2) los acepta

9. cuando ha tenido pensamientos de morir:

- 0) los ha podido controlar
 1) le es difícil o no se siente seguro de controlarlos
 2) no puede controlarlos

10. ¿hay alguna razón o motivo por el que usted se ha detenido o que le haya impedido llevar a cabo sus deseos de quitarse la vida (como la familia, creencias religiosas, intentos previos etc.)?

- 0) no cometería suicidio porque hay motivos suficientes que se lo impedirían
 1) hay ciertas dudas por los motivos que lo impedirían
 2) no le importan o tiene mínima importancia los motivos que se lo impiden.
 Explique: _____

11. ¿Dígame qué razones tendría para llevar a cabo un intento?

- 0) sus intentos son para manipular, llamar la atención o por venganza.
 1) Combinación de 0 y 2
 2) Sus intenciones son para escapar, poner fin o resolver sus problemas.

III.

Características del intento una vez meditado

12. ¿usted ha planeado en qué forma se quitaría la vida?

- 0) no lo ha considerado
 1) lo ha considerado, pero no en detalle
 2) lo ha considerado, muy detalladamente.

13. ¿qué tan fácil le sería conseguir el método para llevarlo a cabo ?

- 0) le es difícil conseguir el método
 1) la forma en la que planea destruirse le llevaría tiempo y esfuerzo, las oportunidades que tiene son pocas
 2*) la forma en la que planea atentar contra su vida es factible porque hay oportunidades para lograrlo.
 2b) hay alguna planeación anticipada del éxito para conseguir el método y la oportunidad de llevarlo a cabo.

14. ¿usted cree que podría llevar a cabo un intento?

- 0) le asusta la idea., no es lo suficientemente fuerte, no tiene valor, es incapaz de llevarlo a cabo
 1) no esta muy seguro de tener el valor de hacerlo, pero cree que es más capaz
 2) está totalmente seguro de que lo puede llevar a cabo y tiene el valor y la capacidad de realizarlo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

15. ¿usted ha pensado las consecuencias que tendría el autodestruirse?

- 0) no lo ha pensado
 1) no está muy seguro
 2) sí lo ha pensado.

IV Características de la intención suicida en el presente.

16. Últimamente, ¿ha preparado y planeado cómo auto destruirse?

- 0) no lo ha preparado
 1) lo ha preparado en forma parcial (empieza a preparar el método)
 2) lo ha preparado completamente (ya tiene el método)

17. Últimamente, ¿ha escrito o pensado enviar a alguien una nota sobre los motivos por los cuales usted desea terminar con su vida?

- 0) no
 1) empezó a escribir pero no la terminó. Solamente ha pensado en hacerlo.
 2) Ya tiene un escrito hecho.

18. Actualmente ¿ha pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de sus bienes?

- 1) no
 2) lo ha pensado y / o ha hecho algunos arreglos
 3) ha realizado arreglos y planes definitivos.

IV. Actualmente, ¿ha dejado entrever sus intenciones de quitarse la vida?

- 0) revela abiertamente sus ideas
 1) evitó revelarlas
 2) trató de disimularlo o de ocultarlo

1. Intentos previos.

V. ¿Intentó suicidarse previamente?

- 0) no o nunca
 1) una vez
 2) más de una vez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escala K-SADS-L versión de México.**a. Pensamientos recurrentes de muerte.**

En ocasiones los niños o los adolescentes que se sienten molestos o se sienten mal, desean estar Muertos o sienten que estarían mejor muertos.

¿Alguna vez has tenido estos pensamientos? ¿Cuándo?

¿Te sientes así ahora? ¿Hubo algún otro momento

En el que te sintieras de esa forma?

P	N	S	
0	0	0	Sin información
1	1	1	ausente
2	2	2	Subumbral: pensamientos transitorios de muerte
3	3	3	Umbral recurrentes pensamientos de muerte "estaría Mejor muerto" o "deseo estar muerto" Duración de síntomas Pasado: P() N() S() Duración de síntomas:

b. Ideación suicida.

Incluye la preocupación con pensamientos de Muerte o suicidio así como alucinaciones en Donde el niño escucha una voz que le ordena que Se mete y que incluso le sugiere el método. No incluye el miedo a morir.

En ocasiones los niños que se sienten molestos o

Se sienten mal piensan en morir e incluso en Suicidarse, ¿has tenido estos pensamientos?

¿Cómo lo harías? ¿Tienes algún plan?

P	N	S	
0	0	0	Sin información
1	1	1	ausente
2	2	2	Subumbral: pensamientos ocasional de suicidio pero no ha pensado en un método específico
3	3	3	Umbral: con frecuencia piensa en el suicidio y ha pensado en algún método. Duración de síntomas Pasado: P() N() S() Duración de síntomas:

TESIS
FALLA DE ORIGEN

c. Intento suicidad severidad

Juzgue la severidad del intento suicidad expresando

En el acto suicidad: probabilidad de ser rescatado, Precauciones para no ser descubierto, acciones para

Que le ayuden durante o después del intento, grado

De planeación, motivos aparentes del intento (Manipula torio o verdadero intento suicida).

¿Has tratado de suicidarte? ¿Cuándo? ¿Qué hiciste?

¿Realmente querías morir? ¿Qué tan cerca estuviste

De lograrlo? ¿Había alguien en el cuarto?

¿En la casa o departamento? ¿Dijiste que lo ibas a Hacer? ¿Cómo te encontraron? ¿Realmente querías

Morir? ¿Pediste ayuda después de que intentarse suicidarte?

P	N	S	
0	0	0	Sin información
1	1	1	Sin intento o sin intención de morir (manipulación como tener pastillas en la mano).
2	2	2	Subumbral: presente, pero muy ambivalente
3	3	3	Umbral intento suicida explicito. Duración de síntomas: (número de IS en los últimos 6 meses)
			Pasado: P() N() S() Duración de síntomas:

e. Intento suicidas - letalidad médica.

Se refiere a la amenaza médica actual hacia

La vida o a la condición física posteriores al

Intento suicida más severo. Tome en cuenta

El método, deterioro o daño de la conciencia

Al momento de ser rescatada, severidad

La herida o daño físico, toxicidad del material

Ingerido, reversibilidad, tiempo necesario para

Una compleja recuperación y tratamiento

Médico requerido.

¿Qué tan cerca de morir después del

Intento suicida más severo? ¿Qué hiciste

Cuando trataste de suicidarte? ¿Qué ocurrió

Después de que trataste de suicidarte?

P	N	S	
0	0	0	Sin información
1	1	1	Sin intento o sin intención de morir (ejemplo. Tener píldoras en la mano)
2	2	2	Subumbral: ejemplo. Tomas 10 aspirinas, gastritis leve.
3	3	3	Umbral : ejemplo. Tomó 10 bezodiazepisas breve inconciencia. Duración de síntomas
			Pasado: P() N() S() Duración de síntomas:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E. Actos no suicidas de auto año.

Se refiere a la auto manipulación u otros

Actos hechos sin la intención de suicidarse.

¿Alguna vez has tratado de lastimarte?

¿Te has quemado con cerillos / velas? ¿te

Has herido con agujas/ cuchillos? ¿con tus

Uñas? ¿has puesto monedas calientes en tu

Piel? ¿Algo más? ¿Con que frecuencia?

¿Por qué lo hacías? ¿Has tenido muchos

Accidentes? ¿Qué clase de accidentes? ¿Con

Que frecuencia?

Algunos niños hacen cosas porque quieren

Suicidarse u y otros lo hacen porque se

Sienten mejor después de hacerlo ¿porqué

Lo hacías?

P	N	S	
0	0	0	Sin información
1	1	1	Ausente
2	2	2	Subumbral: infrecuente (1-3 veces por año). Nunca se ha causado una lesión severa
3	3	3	Umbral: frecuencia(4 o más veces por año) o se ha causado una lesión severa (quemaduras con cicatriz, fracturas de huesos). Duración de síntomas
			Pasado: P() N() S() Duración de síntomas:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

85

FE DE ERRATAS.

De la tesis elaborada por la
Srita Enriqueta Valenzuela Cruz

Intitulada:

**“La estructura Familiar de la Adolescente
con Trastorno Depresivo” en
el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.**

Tesis que para obtener

El título de Licenciatura en Trabajo Social.

FALLA DE ORIGEN

TESIS
FALLA DE ORIGEN

86

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA	RENGLON	DICE	DEBE DECIR
9	1	Expansiva	Expansivo
11	16	De	Que
11	19	Consulta Con	No va
12	23	Entre si	En tesis
19	2	Al	La
19	33	Falta a	Sufrimiento a quien lo
20	26	Se afecta	Afecta
23	7	A	No va
24	4	Deben	Pueden
24	5	Autonoma	Autonomía
25	30	Encubrir	A Encubrir
27	11	Ser	Se
27	23	Ser	Mandarse
29	28	Un	Uno
30	31	Conjugues	Cónyuges
32	35	Aprende	Aprende
33		Se repite el numeral	
34	5	Que	En que
35	5	De no va	Requerido
37	2	Ideacion	Idea
38	29	Forma	Formada
38	30	Sumataria	Suma
39	18	Le	El
40	5	Esta	La
41	7	Presentan	Muestran
41	10	Estudiando	Estudian
41	11	Estudiante	Estudiantes
41	13	Cruzar	Encontrar
42	1	A la	En la
43	6	Analizados	Analizado

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

HOJA	RENGLON	DICE	DEBE DECIR
45	3	Se	Son
45	2	Quitar la l	
45	*4	Que no va	Quitar *
45		Que	El
45	7	Asencia	Ausencia
45	11	Pareja	De acuerdo
45	17	Del	De
46	20	Se repiten 2 renglones	Todo quien es *
47	23	En	Un doble
47	35	Los	Los
47	39	A nova	Quitar
55	11	Estable	Se establece
55	11	se establezco	se establece
58	2	Acompañado	Acompañada
58	4	Hacerlo	Hacer
58	18	Como no va	
58	26	En lo que hay	Y donde hay
59	18	Don no va	
59	26	Si	Su
61	30	Con no va	
62	6	Sin coma	Falta una coma
62	17	Que	Y
62	24	Fata en	En
64	3	No	No va
68	32	Prevalecia	Prevalencia
71	1	Obtener	Obtención
72	11	Atien	Atienden en
73	2	De	Del
73	47	Han no va	Quitar
74	7	Hay no va	Quitar
75	6	PR4C3 Sente	Presente
82	7	Mute	Muerte

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

88

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA	REGLON	DICE	DEBE DECIR
82	7 Recuadro	Mute	Muerte
82	12	Murto	Muerte
82	Recuadro 2 - 4	Pensamientos	Pensamiento
83	19	Intentance	Intentaste

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN