

112396

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

REGISTRO DE TITULACIÓN
DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
UNAM

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO

AMBIENTE Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.

DR. GREGORIO CHAN DIAZ.

DRA. ROSA ELENA ULLOA
FLORES.
ASESOR METODOLÓGICO

DR. JUAN MANUEL SAUCEDA
GARCÍA.
ASESOR TEÓRICO.

MÉXICO DF.

Vol. Bo.

FEBRERO 2004.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTÍNEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I. **Título: Ambiente y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión.**

II. **Nombre de investigador y supervisores:**

Dra. Rosa Elena Ulloa. (Tutor Metodológico)

Dr. Juan Manuel Saucedo G. (Tutor Teórico)

Dr. Gregorio Chan Díaz. (Investigador)

II. **Resumen:**

En el presente estudio es descrita la relación entre el ambiente familiar y el funcionamiento familiar con la presencia de depresión en un grupo de adolescentes. Actualmente se cuenta con muchos estudios en la literatura internacional que pretenden correlacionar la estructura y dinámica familiar en el desarrollo y persistencia de trastornos afectivos en niños y adolescentes; sin embargo, en la población mexicana, estas investigaciones son escasas. El ambiente familiar en esta investigación fue evaluado por medio de la Escala de Ambiente y funcionamiento familiar (EAFG), instrumento basado en entrevistas a los miembros de la familia realizadas por el investigador, para describir circunstancias individuales desfavorables a los que el niño o adolescente estuvo expuesto al menos un año antes de los doce años de edad. El funcionamiento familiar se evaluó por medio de la subescala de funcionamiento familiar global de McMaster, autoaplicable. La presencia de depresión se basó en el reporte del expediente clínico así como por el puntaje obtenido en la escala de Birleson. Se compararon dos grupos (grupo con depresión y un grupo control sano) de treinta adolescentes cada uno y se describió la diferencia entre las puntuaciones de las escalas en función de la presencia de depresión: Los puntajes de la EAFG y la GF que describen un ambiente y funcionamiento familiar menos favorables se presentaron de manera significativa con mayor frecuencia en el grupo con depresión así como también las variables individuales del ambiente familiar como disarmonía parental, frecuentes cambios de figuras parentales y cuidado y afecto inadecuados. Los resultados obtenidos apoyan la relación entre el ambiente y funcionamiento familiar en la presencia de depresión, subrayando la importancia del tratamiento integral de adolescentes con depresión.

III. Marco teórico:

a) Antecedentes:

Familia y depresión.

La transmisión de la depresión de los padres a hijos sucede a través de una gran variedad de mecanismos, entre los cuales se encuentran la predisposición genética, la falta de disponibilidad afectiva de los padres y las relaciones familiares disfuncionales caracterizadas por la pobre cohesión, hostilidad, conflictos maritales, divorcio y pobres habilidades de crianza (1). El funcionamiento familiar inadecuado se ha asociado con menor recuperación de un episodio depresivo y con riesgo incrementado de recaídas durante el curso de éste (2). La perspectiva interpersonal, con respecto a la depresión, enfatiza la importancia del medio social y el desarrollo de apegos seguros como factor protector ante los trastornos afectivos, entonces, la vulnerabilidad a la depresión aumentaría en ambientes familiares en los cuales las necesidades del niño y el adolescente de afecto, seguridad, confort y aceptación no son satisfechas (3). Se ha propuesto el funcionamiento familiar inadecuado como uno de los factores que pone en marcha una serie de experiencias y consecuencias adversas sobre el desarrollo infantil. (4). De acuerdo a algunos autores, la persistencia de síndromes psiquiátricos en niños no se relaciona directamente con un diagnóstico psiquiátrico en particular en uno o ambos padres, si no con ciertos tipos de interacción familiar, entre los más importantes se subraya la exposición infantil al comportamiento hostil (Sólo 17% de los niños con padres descritos como "no hostiles" fueron calificados con problemas psiquiátricos persistentes, vs. 40% de los hijos de madres descritas como "hostiles" y 71% de los hijos de padres descritos de la misma manera). (5). Las investigaciones sobre el ajuste psicosocial pediátrico han encontrado que la hostilidad de los padres hacia los hijos es un nexo entre los conflictos familiares y los problemas internalizados y externalizados de los niños (6); Stein reportó que los niños y adolescentes con Trastorno Depresivo Mayor describen con más frecuencia una relación disfuncional (Negativa, crítica, hostil) con la madre, y que los trastornos depresivos infantiles podrían reflejar los conflictos interpersonales y generacionales entre los miembros de la familia (7). En un estudio hecho en familias mexicanas en las cuales había un adolescente deprimido, se describieron patrones familiares anómalos, como falta de definición de roles, inconsistencia en la disciplina, problemas en la comunicación y expresión de afecto con los padres (13). Los reportes de un estudio a nivel nacional en 2,302 adolescentes norteamericanos, describen que las alteraciones en la comunicación familiar se relacionan con trastornos afectivos, esto, controlando los factores genéticos, y otras adversidades psicosociales (14)

b) Justificación:

Actualmente, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en la infancia y la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importantes a nivel internacional dadas las tendencias en su epidemiología y pronóstico. Mucho se ha descrito acerca de la disfunción familiar como factor en el desarrollo de los cuadros depresivos, lo cual subraya la importancia del estudio a este respecto en nuestra población. Dado lo anterior, se considera de suma importancia realizar estudios que relacionen ambos aspectos así como la difusión de instrumentos de fácil aplicación y que optimicen recursos en la valoración del funcionamiento familiar en nuestra población.

c) Problema: ¿Existe una relación entre la depresión en adolescentes y el ambiente y funcionamiento Familiar?

d) Hipótesis de Trabajo: Existe una asociación entre el ambiente y funcionamiento familiar y la depresión en adolescentes entre 12 y 17 años 11 meses de edad, en términos de presencia de disfunción familiar y ambiente hostil.

e) Objetivo General: Conocer el impacto de las características del ambiente y funcionalidad familiar respecto a la presencia de la depresión en adolescentes.

f) Objetivos Específicos:

1. Describir las características del ambiente y funcionamiento familiar de adolescentes con diagnóstico de depresión.
2. Describir las características del ambiente y funcionamiento familiar de adolescentes estudiantes de una secundaria (grupo control) sin diagnóstico de depresión.
3. Contrastar las características de ambos grupos respecto al ambiente y funcionamiento familiar ante la presencia o ausencia de depresión.

III. Material y Método:

Tipo de estudio.

-Estudio Transversal, comparativo entre un grupo de adolescentes con trastorno depresivo mayor y un grupo control.

Descripción de la muestra

La muestra se conformó de 60 adolescentes, considerando que se trata de un estudio de comparación de proporciones, por lo que el tamaño de la muestra debe ser mayor o igual a 30, para que tenga una distribución normal. Para muchos propósitos, la aproximación normal se considera buena si se cumple $n=30$ (15).

El total de adolescentes fue dividido en dos grupos de 30 cada uno; el primer grupo estuvo constituido por pacientes procedentes de las unidades de hospitalización, consulta externa de adolescencia así como del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, con diagnóstico de depresión de acuerdo a criterios del ICD-10 así como un puntaje mayor o igual a 14 puntos en la escala de Birleson. El segundo grupo estuvo constituido por adolescentes pertenecientes a una escuela secundaria, sin diagnóstico de depresión de acuerdo a los criterios mencionados, siendo éste el grupo control sano.

Criterios de Inclusión.

- Adolescentes de uno u otro sexo, entre 12 y 17 años 11 meses de edad.
- Pacientes pertenecientes a la consulta externa de la clínica de la adolescencia, Urgencias así como las unidades de Adolescentes Mujeres y Adolescentes Varones de los servicios de Hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- Adolescentes pertenecientes a escuela secundaria participante en este estudio.

Criterios de Exclusión.

- Negarse a participar en el estudio.
- Incapacidad para comprender las escalas (Analfabetismo u otra).
- Presencia de algún trastorno médico o psiquiátrico que dificulte la adecuada aplicación de las escalas.
- No contar con la participación de los padres del adolescente.

Criterios de Eliminación

-No completar todas las escalas a aplicar (EAFG, GF, Birleson)

Descripción de las escalas.

Escala de Ambiente Familiar Global (EAFG):

El ambiente familiar al cual están expuestos los niños y adolescentes tiene una considerable influencia sobre el desarrollo de psicopatología, por lo que se han desarrollado diversos instrumentos (Escala de adversidad ambiental, autoreportes y entrevistas sobre funcionamiento familiar, etc.).

A partir de la necesidad creciente de valorar el ambiente familiar, surge la Escala del Ambiente Familiar Global (EAFG) (Anexo 1), que busca calificar la calidad global del ambiente familiar, definiendo este como la visión de manera retrospectiva (desde el nacimiento hasta los doce años de edad) sobre las situaciones desfavorables (por Ej.: Separación de los padres, abandono, etc.) a los que el niño o el adolescente estuvo expuesto durante un período de tiempo sustancial (al menos un año), la captura de la información es a través de entrevistas clínicas a todas las fuentes de información posibles (padres, maestros, terapeutas, el propio sujeto) y se basa en la presencia y duración de eventos como los cambios en la figuras parentales a través del tiempo, los cambios domiciliarios, la pérdida de una figura parental, así como la consistencia en la disciplina y fijación de límites, las expectativas consistentes y razonables, cuidado y afecto apropiados: Estos aspectos son explorados por el entrevistador frente a la familia y posteriormente el mismo entrevistador cuantifica la puntuación correspondiente a cada familia (8). La forma de calificar es en base a un continuum hipotético entre 1 y 90, siendo, las puntuaciones entre 81 y 90 una descripción de un ambiente familiar estable, seguro y enriquecedor, una crianza consistente, así como disciplina y expectativas razonables, mientras que las calificaciones de 1 a 10 reflejan un ambiente familiar muy perturbado, que a menudo resulta en que el niño sea custodiado por el estado, institucionalizado, o bien, la evidencia de grave abuso, abandono o privación extrema. El entrenamiento en la aplicación de esta escala requiere un mínimo de una hora. Los datos preliminares de Rey y cols. sugieren que las puntuaciones de la EAFG son confiables y tienen validez predictiva (8). Estudios realizados en diferentes medios culturales establecen puntuaciones de la EAFG confiables y consistentes, y dada la facilidad de su uso, de no requerir un entrenamiento especial, resulta ser un instrumento útil costo-beneficio para clínicos e investigadores. La versión en español fue

realizada por los Drs. Víctor Peralta, Manuel J. Cuesta y Alfredo Martínez-Larrea, con autorización de Rey y cols. (9).

Subescala de Funcionamiento Familiar Global de la Familia.

La Subescala de Funcionamiento Global de la Familia de McMaster (GF) (Anexo 2) es una versión abreviada, autoaplicable, del Family Assessment Device y proporciona una medida del funcionamiento global de la familia, (Cómo la familia funciona como un sistema interaccional, cuyos patrones de transacción y de organización definen el comportamiento de cada uno de los integrantes, basándose, por ejemplo, en la manera de resolver conflictos, la comunicación de afectos, la definición de roles, etc.) expone una calificación general del funcionamiento familiar en vez de dimensiones específicas. Autoaplicable, consta de 12 reactivos, de los cuales seis reflejan un funcionamiento adecuado y los otros un funcionamiento patológico; las categorías de respuesta son "Muy de acuerdo", "Un poco de acuerdo", "Un poco en desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo" y se califican de 1 a 4 las los reactivos pares y de 4 a 1 los nones, la suma total se divide entre doce, obteniéndose una calificación final que va de 1.0 a 4.0, los puntajes más altos se relacionan con mayor patología familiar; El estudio de Ontario, realizado en 1,822 familias reportó que las puntuaciones de la GF correlacionaba con el funcionamiento familiar medido por el Instrumento de Valoración Familiar (FAD) y la estructura familiar ($p=0.003$), con una consistencia interevaluador de 0.86 (alfa de Cronbach) (11).

Escala de Birleson.

La Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale) (DSRS) (Anexo 3), es un instrumento útil en las investigaciones clínicas y epidemiológicas para el Trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia. Permite distinguir claramente los grupos de pacientes deprimidos de aquellos que padecen otra enfermedad o son asintomáticos psiquiátricamente. Es una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de 18 reactivos, todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación 36; 10 de los 18 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 y 17). El tiempo de respuesta varía entre 5 y 10 minutos. Con un punto de corte de 14, tiene una sensibilidad de 87 y una especificidad de 74, la consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach obteniéndose máxima varianza con un valor alfa de 0.85, de acuerdo a lo reportado por la traducción al español y validación realizada por De la Peña (12)

Recolección de la muestra.

La recolección de la información se llevó a cabo de la siguiente manera: Se seleccionó un grupo de treinta adolescentes que contaban con expediente clínico del Hospital Infantil "Juan N. Navarro", y se seleccionaron aquellos sujetos cuyo diagnóstico en nota inicial fue de Trastorno Depresivo Mayor leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, de acuerdo a criterios de la CIE-10 y se les explicó de manera conjunta con los padres los motivos de la presente investigación así como el modo de participación en este, en caso de aceptar; tras firmar hoja de consentimiento (Anexo 4), a los adolescentes se les proporcionó la Escala de Birleson, aquellos que obtuvieron una puntuación igual o mayor a 14 puntos, se les citó junto con todos los miembros de la familia que pudiesen acudir con el fin de realizar una entrevista conjunta para obtener los datos de la EAFG, y al final de ésta, se le entregó a cada adolescente la GF, la cual contestó en presencia del entrevistador quien explicó cómo contestarla y resolvió las dudas que surgieron durante su aplicación. En cuanto al grupo control, se obtuvo permiso informado de las autoridades de una escuela secundaria para llevar a cabo la recolección de información, la cual se realizó de la siguiente manera: Tras haber seleccionado al azar un grupo de 60 adolescentes del rango de edad requerido al cual se le aplicó la Escala de Birleson, se seleccionó de manera aleatoria 30 sujetos cuya calificación fue igual o menor a 13 puntos, y se citó a los miembros de la familia de éstos para explicarles el proyecto de investigación y su forma de participación al aceptar, firmaron un consentimiento informado para la aplicación de la EAFG y la GF. El tesista entrevistó a los miembros de las familias para obtener los datos necesarios para definir las puntuaciones de la EAFG.

Procedimiento.

-Comparación de ambos grupos de 30 (Con una puntuación en la escala de Birleson mayor o igual a 14 puntos con un grupo control).

-Comparar entre los grupos las diferencias entre las calificaciones en las diferentes escalas en función del diagnóstico de Trastorno Depresivo.

Análisis estadístico.

-Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva para las variables clínicas y demográficas. Para las comparaciones entre el grupo de adolescentes con depresión y el grupo sin depresión se utilizó la prueba exacta de Fisher y *t* de Student.

IV. Resultados.

El total de la muestra consistió en 61 sujetos, 33 mujeres y 28 hombres. La edad promedio fue de 12.59 años, la escolaridad (en años cursados) promedio fue 6.5, el puntaje promedio en la escala de Birleson fue 12.4, en la GF fue de 2.35 y en de 75.08 en la EAFG.

La frecuencia de adolescentes con depresión fue de 49.2% (n=30). En cuanto a la frecuencia por sexo en el grupo con depresión, 60% (n=18) eran mujeres y 40% (n=12) eran hombres.

No se encontraron diferencias significativas en la distribución de sexo, edad, o escolaridad entre ambos grupos.

Escala de Funcionamiento Familiar (GF).

El promedio de calificación obtenido por la GF fue de $2.69 \pm .52$ en el grupo de adolescentes con depresión y de $2.03 \pm .49$ en el grupo control ($t=5.08$, $df=58$, $p=.000$).

Escala de Ambiente Familiar (EAFG).

El promedio de calificación obtenido por la EAFG fue de 69.83 ± 6.22 en el grupo de adolescentes con depresión y de 80.53 ± 4.78 en el grupo control ($t=7.37$, $df=54$, $p=.000$).

Correlación de la presencia de depresión con GF y EAFG.

La correlación entre la presencia de depresión y la GF fue estadísticamente significativa (Pearson=.55, $p=.000$) así como también con la EAFG (Pearson= -.69, $p=.000$).

Aspectos individuales del ambiente familiar detectados por la EAFG en el grupo con depresión.

Cuadro I.

Aspecto individual de la EAFG	Frecuencia en el grupo con depresión.	Frecuencia en el grupo sin depresión.	
Cambios frecuentes de residencia.	5 (16.7%)	6(19.4%)	<i>p=ns</i>
Cambios frecuentes de figuras parentales.	21(70%)	7(22%)	<i>p=.000</i>
Disarmonía parental.	23(76.7%)	7(22%)	<i>p=.000</i>
Inconsistencia en la disciplina.	10(33%)	8(25.8%)	<i>p=ns</i>
Inconsistencia en las expectativas.	1(3.3%)	0	<i>p=ns</i>
Afecto y cuidado inadecuados.	19(63.3%)	0	<i>p=.000</i>
Divorcio o familia de un solo padre o no tradicional.	4(13.3%)	2(6.5%)	<i>p=ns</i>
Pobreza.	0	0	<i>p=ns</i>
Enfermedad o discapacidad en padres o hermanos.	4(13.3%)	2(6.5%)	<i>p=ns</i>

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

V. Discusión.

Un promedio de calificación más alto en la GF (los puntajes más altos describen mayor patología a nivel de funcionamiento familiar) se relacionó con la presencia de depresión, mientras que un promedio más alto en la EAFG (los puntajes más bajos describen un ambiente familiar inadecuado) se correlacionó con la ausencia de ésta.

El grupo de adolescentes con depresión reportó con más frecuencia los siguientes aspectos individuales valorados por la EAFG: cambios frecuentes de figuras parentales, disarmonía parental, afecto y cuidados inapropiados.

Los otros aspectos individuales, como frecuentes cambios de domicilio, divorcio o tener una familia no tradicional, enfermedad o minusvalía en los padres o hermanos, pobreza, inconsistencia de la disciplina así como inconsistencia de expectativas, se reportaron con menos frecuencia.

Los resultados del presente estudio muestran una relación estadísticamente significativa entre los puntajes que describen los antecedentes de un ambiente familiar menos favorable y la presencia actual de funcionamiento familiar inadecuado con la presencia de depresión en los adolescentes.

Se han reportado resultados similares en otros estudios: Chen (1995) describió los conflictos maritales y los conflictos en la crianza como factores de riesgo para depresión en niños. Cabe señalar que en este mismo estudio, la frecuencia de los síndromes depresivos disminuyó al mejorar el funcionamiento familiar (16). Feldman (1988) encontró relación entre la presencia de depresión en adolescentes que describían a sus familias con problemas en la cohesión, la expresión de afectos y con dificultad para resolver problemas cotidianos de forma adecuada (17). Wagner (1997) relacionó los síndromes depresivos en niños y adolescentes con problemas en la dinámica familiar relacionados con la flexibilidad y adaptación ante estresores internos y externos, y añadió que el riesgo de suicidio en estos jóvenes con depresión aumentaba si pertenecían a familias con dificultades en la comunicación y expresión de emociones (18). Los cambios frecuentes de figuras parentales así como la inadecuada fijación de límites han sido descritos como factores de riesgo para depresión en adolescentes (19).

En cuanto a la estructura familiar, es decir, hijos de padres divorciados, o bien familias con un solo padre o no tradicionales, en el presente estudio no se encontró una relación con la presencia de depresión, coincidiendo con otros reportes (17, 20) que, sin embargo, señalan que al tomar en cuenta el género, es más frecuente la depresión en niñas y adolescentes hijas de padres divorciados.

En cuanto a los aspectos del ambiente familiar tales como nivel socioeconómico, enfermedad en los padres o hermanos y cambios de domicilio, no encontramos una relación significativa con la presencia de depresión en nuestro grupo de adolescentes; de manera similar a lo descrito en la literatura, donde se señala que las asociaciones entre la depresión en adolescentes, la pobreza, y la psicopatología en los padres han sido inconsistentes (1).

VI. Conclusiones.

Este estudio muestra una relación entre la presencia de depresión en los adolescentes incluidos y el ambiente y funcionamiento familiar global, confirmando la hipótesis de trabajo: Puntajes más bajos en la EAFG y más altos en la GAF (que describen un ambiente familiar menos favorable y mayor problemática familiar, respectivamente) se correlacionaron de manera estadísticamente significativa con la presencia de depresión en los adolescentes, de ello se infiere que las alteraciones a nivel familiar tienen un papel importante en el desarrollo de este trastorno afectivo.

De manera similar a lo comunicado en otros estudios, la presencia y persistencia de la depresión en adolescentes, se ha relacionado con un ambiente familiar adverso (hostilidad, conflictos maritales, divorcio, cambios de figuras parentales, abuso y negligencia), y el funcionamiento familiar inadecuado (falta de definición de roles, inconsistencia de la disciplina, problemas en la comunicación y expresión de los afectos).

Los resultados del presente estudio describen una relación positiva entre la problemática a nivel de ambiente y funcionamiento familiar y la presencia de depresión en los adolescentes, apoyando la necesidad de la valoración y tratamiento a nivel individual y familiar en este grupo de edad así como el desarrollo y difusión de instrumentos que evalúen la dinámica familiar.

VI. Limitaciones.

1.-La presencia de depresión puede modificar la percepción del funcionamiento familiar en los autoreportes.

2.-El tamaño de la muestra no es representativo de la población total de adolescentes en México.

3.-Se desconoce si el inicio de la depresión precedió a las alteraciones en la dinámica familiar.

VI. Recomendaciones.

1.- Realización de estudios prospectivos que evalúen la relación entre la presencia de depresión en adolescentes y los cambios en el funcionamiento familiar.

2.- Estudiar de manera sistemática el ambiente y funcionamiento familiar de los adolescentes con síndromes depresivos en todos los niveles de atención médica.

3.- Promover el uso de instrumentos para valorar el ambiente y funcionamiento familiar.

4.- Reconocer la necesidad de intervenir sobre la dinámica familiar como parte importante del tratamiento a adolescentes con depresión.

Bibliografía.

1. -Sagrestana L, Paikoff R, Grayson N, Fendrich M (2003). A longitudinal examination of family risk factors for depression among inner city african american adolescents. *Journal of Family Psychology*, 17, 108-120.
2. -Miller I, Mc Dermut W, Coop K, Keitner G (2000). Personality and family functioning of depressed patients. *Journal of abnormal Psychology*, 109, 539-545.
3. -MacKinnon C, Lofquist A (1996). Antecedents and consequences of boy's depression and aggression: Family and school linkages. *Journal of Family Psychology*, 10, 490-500.
4. -Sameroff A, Lewis M (2000). Development and depression. En Lewis M (Ed. Kluber Academic) *Handbook of Development Psychopathology* (pp. 279-485). New York, N.Y. , EUA.
5. -Lewis M, Minde K (1996). Effect of disordered parenting on the development of children. En Lewis M (Ed. Williams and Wilkins) *Child and adolescent psychiatry a comprehensive Textbook* (pp.400-405) EUA.
6. -Clark S, Youngland L, (1999) Marital conflict and parental hostility: Link with sibling and peer relationships. *Journal of Family Psychology*, 14, 598-609.
7. -Stein D, Douglas E, Zeanna L (2000) Parent-Child bonding and family functioning in depressed children at high risk and low risk for future depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1387-1395.
8. -Rey J, Peng R, Morales C, Widyawati I, Peralta V, Walter G (2000) Rating the quality of the family environment in different Cultures. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1168-1174.
9. -Rey J, Singh M, Morris-Yates A, Hunng S, Dossetor D, Newman L, Jon M, Kevin D (1997) A Global scale to measure the quality of the family environment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 817-822.
10. -Sauceda J, Ortiz L, Cárdenas JL (1997) La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales. *Gaceta Médica Mexicana* 133: 203-209.
11. -Byes J, Byrne C, Boyle M, Offord D (1988) Ontario child health study: Reliability and validity of the general functioning subscale of the Mc Master assessment device. *Family Process* 27, 97-104.

12. -De la Peña F, Lara M, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L (1996) Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* 19, 19-23.
13. -Espejel E y Cols en: Instituto de la Familia A.C. Departamento de Educación especializada, Universidad Autónoma de Tlaxcala. Manual para la escala de funcionamiento familiar. México, D.F. Talleres Color Print 1997. Ruiz V, Cortéz Características estructurales y funcionales de las familias con un adolescente deprimido pp 33-39.
14. -Kristen J, Rowe D (1999) Genetic and Enviroment influences on the relationships between family connectedness, and adolescent depressed mood: Sex Differences. *Development Psychology*, 35, 926-939.
15. -Dawson-Saunders B, Trapp RG (1996) Bioestadística Médica.(Ed. El manual Moderno) México, D.F.
16. -Chen X, Rubin K , Li B(1995) Depressed mood in chinese children: Relations with school performance and family environment. . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 63,938-947.
17. -Feldman S, Rubestein T (1988) Depressive affect and restraint in early adolescent: Relationships with family structure, family process and friendship. *Journal of early adolescent*, 8, 279-296.
18. -Wagner B (1997) Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246-298.
19. -Hollis C (1996) Depression, family environment and adolescent suicidal behavior. . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 622-630.
20. -Kurdek L, Sinclair R (1988) Adjusment of young adolescent in two parent nuclear, stepfather, and mother-custody families. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 91-96.

ANEXO 1: EAFG (Escala del ambiente familiar global)

Instrucciones: Considerar a la familia sobre un continuum hipotético de 1 a 90 dependiendo de la calidad del ambiente familiar al cual el niño ha sido expuesto durante al menos un año antes de los 12 años de edad.

81-90: Ambiente familiar estable, seguro, con cuidados afectos adecuados; así como disciplina y expectativas razonables.

71-80: Ambiente familiar ligeramente insatisfactorio, que tiende a ser estable y seguro, pero en el que existen algunas inconsistencias acerca de la disciplina o las expectativas (ej: padres ausentes o no disponibles por enfermedad o trabajo) o cambios de residencia o escuela.

51-70: Ambiente moderadamente insatisfactorio. Disarmonía parental moderada (que puede haber resultado en separación o divorcio), conflictos moderados o inadecuados en cuando la disciplina y expectativas. Supervisión y cuidados parentales insatisfactorios. Frecuentes cambios de escuela y domicilio.

31-50: Pobre ambiente familiar. Disarmonía parental persistente, separación hostil con problemas de custodia, exposición a más de un padrastro, sustancial inconsistencia en cuidados y afectos parentales, abuso, negligencia, y muy frecuentes cambios de escuela y domicilio.

11-30: Muy pobre ambiente familiar. Muy frecuente cambios de figuras parentales, severo conflicto parental, cuidado inconsistente e inadecuado, evidencia de abuso(ej: disciplina cruel) o negligencia severa, o una grave falta de supervisión.

1-10: Ambiente familiar muy perturbado, por lo general resultando en la canalización del niño a custodia institucional, del estado, o con familias adoptivas en más de una ocasión. Evidencia de abuso, negligencia o privación extrema.

ANEXO 2: GAF (Subescala de funcionamiento Global de la Familia de McMaster).

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

En mi Familia:

.	Siempre	A veces.	Casi Nunca.	Nunca.
1.- Es difícil planear cosas porque no nos ponemos de acuerdo.				
2.- Cuando tenemos un problema nos apoyamos unos a otros.				
3.- Cuando sentimos tristeza no nos lo decimos.				
4.- Se respeta la manera de ser de los demás.				
5.-Evitamos discutir nuestros miedos y preocupaciones.				
6.-Nos decimos lo que sentimos unos a otros.				
7.-Hay muchos rencores.				
8.- Nos sentimos aceptados como somos.				
9.-Llegar a una decisión es un verdadero problema				
10.- Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas.				
11.- No nos llevamos bien cuando estamos juntos.				
12.-Nos tenemos confianza unos a otros.				

Anexo 3. Escala de Birlesson.

Nombre:

Fecha:

Edad:

Instrucciones: Por favor responde honestamente cómo te has sentido las dos últimas semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

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

Anexo 4. Carta de Consentimiento informado.

CARTA DE CONSETIMIENTO INFORMADO.

IV. Ambiente y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión.

El Dr. Gregorio Chan Díaz, residente de II año del Post-Grado de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro; está realizando un estudio para el impacto de las características del ambiente y funcionalidad familiar respecto a la presencia de la depresión en adolescentes.

Los objetivos de dicho estudio son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL. : Conocer el impacto de las características del ambiente y funcionalidad familiar respecto a la presencia de la depresión en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

4. Describir las características del ambiente y funcionamiento familiar de adolescentes con diagnóstico de depresión.
5. Describir las características del ambiente y funcionamiento familiar de adolescentes estudiantes de una secundaria (grupo control) sin diagnóstico de depresión.
6. Contrastar las características de ambos grupos respecto al ambiente y funcionamiento familiar ante la presencia o ausencia de depresión.

-La recolección de la información se llevará a cabo de la siguiente manera: A los adolescentes se les aplicará la Escala de Birlson , se citará a todos los miembros de la familia que puedan acudir con el fin de realizar una entrevista conjunta para obtener los datos de la EAFG(Escala de Ambiente Familiar Global), y al final de ésta, se les entregará a cada miembro de la familia la GF (Escala de Funcionamiento familiar de Mc Master), la cual contestarán en presencia del entrevistador quien explicará cómo contestarla y resolverá las dudas que surjan durante su aplicación.

Los riesgos de esta prueba son mínimos, ya que consiste en responder si o no a una serie de preguntas; los beneficios consisten en que al poder detectar la patología psiquiátrica precozmente, se pueden plantear formas de tratamiento en un menor período de tiempo.

Se garantiza tanto al paciente como al representante legal del mismo, el dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración o duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios relacionados con la investigación.

El paciente y su representante legal están en plena libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio, sin que esto perjudique su tratamiento en el hospital.

Se garantiza al paciente y a su representante legal que los datos obtenidos durante las entrevistas realizadas se mantendrán en completa confidencialidad y su identidad no será revelada, además de proporcionar los resultados de la investigación a medida vayan siendo analizados.

Firma del paciente.

Firma del representante legal

Firma del Investigador