

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75  
MORELIA, MICHOACÁN

# Depresión del adolescente relacionado con funcionalidad familiar.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**Silvia Yépez Carranza**

ASESOR

**Dr. Octavio Carranza Bucio**

MORELIA, MICHOACÁN, 2005

m. 346076



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

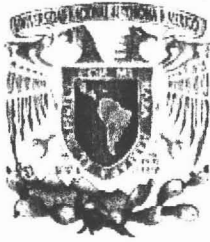


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75  
MORELIA, MICHOACÁN.

## Depresión del adolescente relacionado con funcionalidad familiar.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR.

Presenta:

***Silvia Yépez Carranza***

Autorizó a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Silvia Yépez Carranza

FECHA: 27 Julio 2005

FIRMA: [Firma manuscrita]

# Depresión del adolescente relacionado con funcionalidad familiar.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

Presenta:

***Silvia Yépez Carranza***

AUTORIZACIONES:

***Dr. Octavio Carranza Bucio***

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
UMF No. 75, MORELIA, MICHOACÁN

***Dr. Octavio Carranza Bucio.***

ASESOR DE TESIS.

***Dr. Eduardo Pastrana Huanaco***

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN MÉDICA

# Depresión del adolescente relacionado con funcionalidad familiar.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

**Silvia Yépez Carranza.**

AUTORIZACIONES:

**Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA

UNAM.

**Dr. Arnulfo Trigoyen Coria**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

**Dr. Isaías Hernández Torres**

COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi esposo Ubaldo por el apoyo incondicional que recibí de su parte, además de motivarme en cada momento, a mis hijos Jesús Manuel, Jorge Iván, y Sylvia Alejandra por brindarme su apoyo, cariño, comprensión y por compartir todo conmigo.

A mis padres Felipe y Angélica por su apoyo que recibí en cada momento.

A mis hermanos por la motivación y cariño que me brindaron.

## INDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ANTECEDENTES.....	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
4. JUSTIFICACIÓN.....	28
5. OBJETIVOS.....	29
6. HIPÓTESIS.....	30
7. METODOLOGÍA.....	31
8. RESULTADOS.....	35
9. DISCUSIÓN.....	40
10. CONCLUSIONES .....	41
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
12. ANEXOS.....	55

## RESUMEN

La depresión en los jóvenes puede ser debida a alteraciones en la dinámica familiar, y factores ambientales en el contexto social que influyen de manera importante en el desarrollo de esta enfermedad. El objetivo del presente trabajo fue analizar la asociación entre depresión en los adolescentes y funcionamiento familiar.

La metodología: Se estudiaron 50 adolescentes de ambos sexos y edad entre 15 y 19 años que fueron seleccionados al azar en una población escolar particular de 200 alumnos de Morelia Mich. Previo consentimiento de los jóvenes y de las autoridades escolares, consistió en detectar alteraciones emocionales relacionados con cuadros clínicos depresivos mediante un cuestionario validado; contestaron los cuestionarios en un lapso de 2 meses posteriormente se solicitó a los adolescentes evaluaran el funcionamiento familiar de sus familias mediante el cuestionario de funcionamiento familiar de la Doctora Joaquina Palomar Lever. Se realizó análisis estadístico mediante pruebas de correlación, tendencia central y validación del instrumento mediante prueba de alfa de Cronbach.

Resultados: La frecuencia de depresión en adolescentes fue de 66% (33) y la disfunción familiar de 26% (13); la asociación de ambas variables indica que solo el 12% (6) de los jóvenes con depresión pertenecen a familias disfuncionales, lo que traduce una asociación muy pobre; de hecho, de los 10



factores de funcionalidad familiar que se evalúan solo el de cohesión resulto asociado significativamente.

Comentarios: Este estudio permitió comprobar que la depresión en jóvenes es muy alta y que si bien es cierto, en este estudio no se encontró asociación estadística importante, los instrumentos utilizados son útiles ya que el cuestionario de funcionalidad familiar tiene un alpha de Crobach de 0.84.

## 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo fue analizar la asociación entre depresión en los adolescentes y funcionamiento familiar. La metodología consistió en detectar alteraciones emocionales relacionados con cuadros clínicos depresivos mediante un cuestionario validado; posteriormente se solicitó a los adolescentes evaluar el funcionamiento familiar de sus familias mediante el cuestionario de funcionamiento familiar de la Doctora Joaquina Palomar Lever.

Entre los antecedentes revisados se encuentra el hecho que la depresión en los jóvenes puede ser debida a alteraciones en la dinámica familiar, aunque también existen factores ambientales en el contexto social que influyen de manera importante. En la consulta de primer contacto es sin embargo, poco común que se consulte por este tipo de problemas.

En este trabajo se partió del supuesto de que la funcionalidad de las familias donde el adolescente padece depresión, presenta alteraciones o disfunciones que pueden valorarse mediante escalas diseñadas a este respecto y que potencialmente permiten conocer las áreas en las que se deberá intervenir en las familias y con ello ofrecer alternativas dirigidos a individuo, la familia, comunidades y escuelas.

Ante la posibilidad de disfunción familiar y que esta favorezca la depresión del adolescente, es importante valorar el manejo a nivel de psicoterapia, para evaluar la enfermedad y al enfermo en forma integral y combinar con tratamientos

farmacológico, ya que probablemente la evolución del padecimiento tenga mejor pronóstico de manera individual y de grupo<sup>1</sup>.

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por la falta de confianza en si mismo, dificultad para dormir, indecisión, irritabilidad, llanto fácil, cansancio, falta de interés en su familia y en sus amigos, parece no disfrutar de las cosas como siempre, olvida sus proyectos y sus afecciones, tiene ideas de muerte o intentos de suicidio<sup>2</sup>

Los resultados encontrados en este trabajo permiten aseverar que la frecuencia del fenómeno depresivo en los adolescentes es mayor al 50% lo que concuerda con algunos datos de la literatura revisada en el ámbito nacional y mundial. Sin embargo el funcionamiento familiar no lo encontramos significativamente asociado con disfunción como originalmente lo suponíamos, lo que puede deberse a sesgos en la selección de la muestra o en los instrumentos utilizados.

Las conclusiones y sugerencias que podemos establecer se orientan a enfatizar la necesidad de continuar profundizar en estos temas a nivel de la consulta de medicina familiar.

## ANTECEDENTES.

La depresión es un trastorno frecuente entre los adolescentes tanto hombres como mujeres, pero suponemos que esto ocurre especialmente en familias disfuncionales.

La palabra *Adolescencia* viene del verbo latino "*adolecere*" que significa "*crecer*" o "*desarrollarse hacia la madurez*". Es "Una etapa del proceso de desarrollo normal del ser humano que corresponde cronológicamente a la segunda década de la vida y en la cual se distinguen dos clases de fenómenos que la caracterizan: los biológicos y los psicosociales".

La adolescencia significa el periodo de la vida en que el individuo pasa de la niñez a la adultez, es decir, la etapa en la cual alcanza la plena posesión de sus capacidades físicas y mentales<sup>3</sup>.

El heraldo de la adolescencia es la pubertad, la aparición de la capacidad para procrear. Pubertad, viene de la voz latina "*pubertas*" que significa "*La edad viril*". Científicamente se conoce a la pubertad como "los cambios físicos y fisiológicos que se presentan como parte del crecimiento y la maduración del organismo, la aparición de ajustes hormonales sexuales del crecimiento"<sup>4</sup>.

La pubertad es un cambio fisiológico que inicia el proceso psicológico de la adolescencia. Las etapas de la adolescencia que se han caracterizado son:

- ❖ Pubertad : mujeres de 10 – 12 años y varones de 12 – 14 años
- ❖ Adolescencia media 15 – 18 años.

❖ Adolescencia final 18 – 21 años.

Durante estos periodos ocurren una serie de cambios característicos tanto en los hombres como en mujeres que se pueden describir por años de edad como lo muestra en el cuadro siguiente:

Edad	Hombres	Mujeres
9-10		Crecimiento de los huesos pélvicos, brote de los pezones.
10-11	Primer crecimiento de testículos y pene	Brote de las mamas y vello pubiano
11-12	Actividad prostática	Cambios en el epitelio vaginal y frotis, crecimiento de genitales externos e internos
12-13	Vello pubiano	Pigmentación de los pezones, aumento de volumen de las mamas
13-14	Crecimiento rápido de testículos y pene, tumefacción subareolar de pezones	Vello axilar, menarquia (promedio de 13 y medio, oscila entre 9 - 17 años) la menstruación puede ser anovulatoria
14-15	Vello axilar, bozo en el labio superior, cambio de la voz	Embarazos normales más precoces
15-16	Espermatozoides maduros (promedio; 15 años; oscila entre 11 y medio y 17)	Acné y voz más profunda
16-17	Vello facial y corporal, acné	
21	Detención del crecimiento esquelético	Detención del crecimiento esquelético

Durante la etapa de adolescencia; aparecen nuevas personas en su horizonte, mientras otras desaparecen, descubre lugares, objetos desconocidos, pero estas experiencias dejan su personalidad intacta; junto a ello está el aspecto más importante de la adolescencia que consiste en la conquista de la

independencia, misma que ocasiona muchas fricciones entre padres e hijos, aunque sea natural y necesario<sup>5</sup>.

Cuando un adolescente es sumiso al deseo paterno y complaciente con ellos, no se ha desarrollado. Para llegar a ser responsable, el adolescente debe probar sus alas y poner en duda la sabiduría de los mayores y mostrarse inconforme con las normas de los adultos. En ese momento los padres se alarman y les da temor que sus hijos se desvíen del camino, por lo que reaccionan con imposición y esta es la forma menos aconsejable para manejar la situación; utilizando las frases como: "harás lo que te digo, porque yo te lo digo"<sup>6</sup>.

Algunos padres apelan al amor que el hijo siente por ellos para lograr que obedezcan, lo cual es una táctica también desaconsejable. La rebeldía del adolescente nace en parte de su deseo de despegarse del amor paterno y materno. No significa que los papás se hayan equivocado en la forma de educar al hijo, sino que así es el curso del desarrollo.

En el alma adolescente se encuentra que una parte de él, "la infancia" quiere seguir protegido y amado; y la otra, desea ser independiente, por lo tanto no se rebela contra sus padres sino contra el amor infantil que lo retiene y le impide ser independiente<sup>7</sup>.

Algunos teóricos de la adolescencia han expresado opiniones respecto a los problemas de adaptación a que se enfrentan los jóvenes, así por ejemplo, Friedenberg (1959), sugiere que la identidad individual nace del conflicto que los adolescentes experimentan en el trato con sus padres y otras personas dotadas

de autoridad; Babdyra (1974), niega que la adolescencia sea necesariamente un periodo tormentoso. Opina que los adultos conceden demasiada importancia a las señales externas de rebeldía de los jóvenes como el atuendo, el lenguaje y el peinado, que a su conformidad, valora más la oposición que la obediencia.

En el mismo tenor de los autores antes citados Havighurst (1953), asigna a los adolescentes las siguientes tareas o metas:

- a) Lograr el sentimiento de independencia respecto de los padres.
- b) Adquirir las aptitudes sociales propias de todo adulto joven.
- c) Lograr un sentido de si mismo como persona que tiene su propio alter.
- d) Desarrollar habilidades académicas y vacacionales necesarias.
- e) Adaptarse a un organismo que cambia rápidamente y sobre todo el desarrollo sexual.
- f) Asimilar en conjunto de normas y valores que le sirvan de guía.

Otro autor importante sobre este tema es Erickson (1959), el menciona que la adolescencia es un periodo en el cual el individuo lucha entre la identidad y la difusión o pérdida de identidad. Este autor ha abordado esta idea en varias ocasiones (1965, 1968, 1981). Erickson define la identidad como la confianza intensificada en la realidad y continuidad del significado de uno mismo para con los demás. Entre los doce y dieciséis años la identidad desempeña precisamente un importante papel en el desarrollo. Al respecto, Goodman (1956), sostiene que la conformidad rebelión y delincuencia tienen un fundamento único: la necesidad de afirmar y establecer una identidad independiente. La rebeldía del adolescente es

una lucha dentro de sí mismo y consigo mismo, nace de un dramatismo del yo que madura contra el yo infantil.

El adolescente no puede admitir conscientemente que una parte de sí mismo teme a la libertad, ni puede confesarse que esa parte se opone a crecer, y así culpa a sus padres por querer protegerlo demasiado. La búsqueda de la identidad personal es la tarea vital del adolescente, cuando se ve en un espejo se pregunta con frecuencia a sí mismo: "¿quién soy yo?"; no está seguro de lo que quiere ser; pero conoce perfectamente lo que no quiere ser, desobedece y se rebela no tanto para desafiar a sus padres, sino para afirmar su identidad y autonomía<sup>8</sup>.

Por otra parte, la preocupación por el bienestar de los hijos incita a los padres a intervenir en sus vidas con demasiada frecuencia, pero es recomendable resistir esta tentación. El adolescente cometerá errores, pues son inevitables en todos lo que hacen, sus primeros ensayos en cualquier actividad, a no ser que se quiera suprimir su libertad. Satisfacer estas demandas le permitirá definirse ante la vida e integrarse a la sociedad, para ello requiere, un marco que encuadre en el contexto familiar, una identidad con el fin de obtener seguridad, en cuanto a su papel sexual, a la participación social y a la integración económica y una filiación a través de un grupo<sup>9</sup>.

El proceso de cambios explica que la adolescencia se concilia como una etapa de angustia, motivada por la necesidad de sublimación de los impulsos sexuales y de conflicto, derivado de la necesidad de independencia y de ciertos rasgos de rebeldía frente a la familia<sup>10</sup>.



El adolescente presenta un conjunto de demandas y estas le permitirán definirse en la vida e integrarse a la sociedad, por lo que requiere un buen contexto de la familia, obtener seguridad, a través de un grupo, el cual puede satisfacer sus necesidades pasivas y su dependencia y que le ayude a encontrar sus valores. Los jóvenes no se encuentran solo puede ser que tenga hermanos, y dentro de una familia que tenga características y demandas propias<sup>11</sup>.

La adolescencia se configura como la época de las pandillas y la pertenencia a grupos. Estas transformaciones pueden comenzar a hacerse evidentes a partir de los once años en las mujeres y entre doce y trece años en los varones. Se ha dicho que la etapa de la adolescencia se caracteriza por ser la de configuración de la identidad personal, esta identidad que no se consigue sin confrontación y desequilibrio con el exterior y con uno mismo<sup>12</sup>.

*La depresión en la adolescencia es un fenómeno frecuente según reportes de la literatura nacional e internacional.* Existen múltiples factores causales de acuerdo a varias teorías. Se menciona que hay un mayor índice de riesgos de depresión en hijos de personas con trastornos afectivos como la propia depresión, neurosis, psicosis entre otros, lo que nos habla sobre el factor genético. Sin embargo también influye la personalidad y respuesta a estímulos<sup>13</sup>.

Las manifestaciones clínicas, correlacionan moleculares, entre otros secreción de neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y adrenalina y serótina, esto se expresa con trastornos en el apetito, el sueño, incremento en el consumo de energía y transmisión de impulsos que generan estados de ansiedad, taquicardia entre otros. Todo ello conlleva a situaciones que provocan preocupación y surgen cuestionamientos del propio adolescente y sus factores.

En la actualidad se piensa que en cualquier tipo de depresión existen alteraciones bioquímicas<sup>14</sup>.

De acuerdo a estudio realizado sobre la comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial se encontró que el trastorno depresivo mayor en la adolescencia es la principal categoría diagnóstica encontrada en esta edad. Se relaciona con una elevada comorbilidad con otros padecimientos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno distímico y el trastorno de conducta, entre otros. Se evaluaron 129 adolescentes utilizando la entrevista semiestructurada para adolescentes, de éstos el 38% presentaron trastornos depresivo mayor<sup>15</sup>.

En un estudio realizado en Chile sobre la prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes, se le evaluó la sintomatología depresiva mediante el inventario de depresión de Beck, de ambos sexos y cuya edad media era de 17 años. El resultado obtuvo un rango de depresión moderada a severa un 33%, tanto que un 35% reconoció ideación suicida al momento de evacuación<sup>16</sup>.

El termino depresión viene del latín "*depressio*", hundimiento; el paciente se siente hundido. La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, quien acuñó el término melancolía, *mélanos: negra-cholis*; bilis, por considerar al exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad.

Clínicamente la depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de animo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas,

vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional<sup>17</sup>

El doctor Ramón de la Fuente: define a la depresión como la reacción psicopatológica más frecuente, se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde el interés de las situaciones externas. Tiende a la pasividad y al abandono ya que percibe futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones. Es una enfermedad frecuente e incapacitante 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<sup>18</sup>.

La depresión esta relacionado con el suicidio, trastornos de comportamiento y uso de sustancias. El 39% de los jóvenes con trastorno no afectivos también mostró ideas suicidas. Algunos intensos de suicidas pueden confundirse con accidentes<sup>19</sup>.

El manual diagnóstico de los trastornos mentales, de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América, cuarta adición (DSM-IV) guía de referencias obligadas para establece criterios de inclusión y exclusión como:

- A. Humor deprimido, la mayor parte del día casi todos los días.
- B. Pérdida del placer o interés por las tareas habituales.
- C. Pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales.
- D. Insomnio o hipersomnia.
- E. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- F. Pérdida de energía o fatiga.
- G. Sentimientos de inutilidad, autoreproche o culpas excesivas o inapropiadas.
- H. Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
- I. Ideaciones recurrentes de muerte o suicidio o deseos de estar muerto.

El síntoma cardinal del inicio son las perturbaciones del sueño. Las personas tienen tendencia a la reclusión, al encierro, sin ganas de salir, mencionar dificultades cada vez mayores y progresivas para experimentar placer, no encuentran razón o desencadenante que justifique su estado o no guarda relación con la intensidad del cuadro, tienen alteraciones en el apetito, generalmente hiporexia o anorexia<sup>20</sup>.

Falta de confianza en si mismo, dificultad para dormir, indecisión, irritabilidad, llanto fácil, cansancio, falta de interés, parece no disfrutar de las cosas como siempre, olvida sus aficciones. Es un estado afectivo de tristeza, es probablemente el tipo más común que queja en los pacientes psiquiátricos. La tristeza puede ser ligera hasta un profundo sentimiento de indiferencia y desesperación. Es un trastorno que se presenta durante los años de adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes<sup>21</sup>.

Se concluye que la depresión es un trastorno donde un adolescente presenta un estado de infelicidad con intranquilidad, baja autoestima, desinterés por la vida, tristeza, desánimo; angustia, cambios bruscos del estado de ánimo, desesperación e incapacidad para sentir satisfacción.

*En la siguiente lista se agrupan los principales síntomas del signo depresivo:*

- a. Síntomas principales
  - Perturbación del dormir
  - Tristeza
  - Inhibición
  - Sentimientos de culpa

b. Síntomas adicionales

- Anorexia
- Ónicofagia
- Cefalea
- Obesidad
- Colitis
- Somnolencia
- Estreñimiento
- Trastornos en el apetito
- Cambios significativos de peso

c. Trastornos intelectuales.

- Alta sensibilidad
- Lentitud en el pensar y en el actuar
- Pérdida de la memoria
- Rendimiento escolar deficiente
- Bajo rendimiento en el estudio
- Falta de concentración
- Pensamiento suicida

d. Trastornos de la conducta

- Retraimiento
- Dificultad de contacto
- Rebeldía
- Apatía de sus actividades favoritas
- Deterioro en el aspecto personal
- Euforia
- Empatía exagerada
- Cambios bruscos sobre la conducta
- Abuso de alcohol u otros fármacos dependientes.

e. Trastornos de la afectividad

- Tristeza
- Infelicidad
- Aislamiento
- Rechazo
- Sienten que nadie los quiere
- Baja autoestima
- Fatiga o pérdida de la energía
- Son negativos
- Agresivos en ocasiones
- Falta de entusiasmo
- Irritables
- Semblante de tristeza
- Falta de interés
- Agitación
- Nostalgia
- Llanto constante
- Actitud molesta
- Desesperanza
- Rebeldía
- Callado

- Retraído
- Apatía

#### Trastornos en las relaciones sociales

- Realizan actos destructivos como con objetos o contra personas.
- Problemas de disciplina en la escuela así como deja de ir a clases
- Elude actividades del grupo
- Abandono de relaciones con las personas preferidas
- Hostilidad irracional contra los padres o personas muy cercanas<sup>22</sup>.

Un episodio depresivo mayor se define como un síndrome manifestado por lo menos 5 de los siguientes síntomas:

- a) Animo deprimido
- b) Disminución de interés o pérdida del placer por las actividades habituales.
- c) Aumento o pérdida de peso (perdiendo el 5% en un periodo de un mes)
- d) Insomnio o hipersomnias casi diarias.
- e) Agitación psicomotora o enlentecimiento.
- f) Fatiga o pérdida de energía.
- g) Culpa o inutilidad.
- h) Disminución de la capacidad de concentración e indecisión.
- i) Ideas de suicidio o de muerte.

Los síntomas se deben presentar durante un periodo por lo menos dos semanas y el ánimo deprimido o pérdida de interés, así como descartar enfermedades que puedan desencadenar o mantener la sintomatología o la existencia de un acontecimiento altamente estresante, pérdida de un ser querido, se debe descartar una esquizofrenia, trastornos delirantes y trastornos psicóticos. Las personas que tienen un alto riesgo genético parecen ser más susceptibles a los efectos adversos del medio ambiente que las personas con bajo riesgo genético. Los hijos de padres deprimidos tienen un riesgo de 15-45% de desarrollar un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida. Y alto riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos, tales como trastornos de la conducta y de ansiedad, después de la pubertad, el riesgo de trastorno depresivo mayor aumenta entre

dos y cuatro veces, especialmente en las niñas. La edad temprana de aparición también parece conferir un mayor riesgo de recurrencias<sup>23</sup>.

En la psiquiatría del niño y del adolescente lo clasifican en:

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Severa
- d) Con o sin síntomas psicóticos

Otra de las clasificaciones de la depresión es:

- a) Bajo de 1 a 6
- b) Medio de 7 a 12
- c) Alto de 13 a 18<sup>24</sup>.

Por su duración puede ser:

- Aguda: independientemente de la causa que lo desencadenó; con una duración de 1 semana hasta cuatro meses.
- Recurrente o remisión: es un episodio agudo que reaparece con intervalos con periodos normales.
- Crónica: cuando ha durado dos años consecutivos sin que se haya observado un periodo de remisión de dos meses.

Las escalas clínicas son:

Una puntuación alta indica un individuo que es:

1. Se siente triste, deprimido, infeliz, disfórico.
2. Pesimista respecto al futuro.
3. Se auto desprecia.
4. Tiene sentimientos de culpa.
5. Rehúsa hablar.
6. Llorar.
7. Se mueve lentamente, es perezoso.
8. Tiene diagnóstico de depresión (por lo general, neurosis depresiva o depresión reactiva)
9. Tiene quejas somáticas.
10. Se queja de debilidad, fatiga, pérdida de energía.
11. Se agita, está tenso.
12. Irritable, nervioso.
13. Propenso a la preocupación.
14. Le falta seguridad en si mismo.
15. Se siente inútil e inepto.

16. Se siente un fracaso en la escuela o el trabajo.
17. Introvertido, tímido, retraído, asustadizo, solitario y reservado.
18. Se mantiene apartado.
19. Mantiene una distancia psicológica; evita el compromiso interpersonal.
20. Cauteloso, convencional.
21. Se le dificulta tomar decisiones.
22. No es agresivo.
23. Se controla exageradamente, rechaza sus impulsos.
24. Evita lo desagradable.
25. Hace concesiones para evitar enfrentamientos.
26. Debido a su aflicción, es probable que esté motivado para la psicoterapia.
27. Puede terminar el tratamiento cuando se calma la tensión inmediata.

Una puntuación baja indica un individuo que es:

1. Está libre de tensión, ansiedad, culpa y depresión.
2. Se siente relajado y a gusto.
3. Seguro de sí mismo.
4. Emocionalmente estable.
5. Funciona en forma eficiente en la mayor parte de las situaciones.
6. Alegre, optimista.
7. Tiene pocas dificultades con su expresión verbal.
8. Alerta, activo, dinámico.
9. Competitivo.
10. Busca responsabilidades.
11. Está cómodo en las situaciones sociales.
12. Asume el liderazgo.
13. Ingenioso, gracioso, animado
14. Crea una primera impresión favorable.
15. Impulsivo, con poco control.
16. Desinhibido, presumido, exhibicionista.
17. Crea hostilidad y resentimiento en los demás.
18. Tiene conflictos con las figuras de autoridad<sup>25</sup>.

Aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen una enfermedad mental que puede ser detectada por su médico de atención primaria. No hay que dar por hecho la sintomatología como el estado de ánimo y la irritabilidad en los jóvenes pensar que son parte de los cambios normales de la adolescencia ya que esto puede ser la manifestación de una depresión<sup>26</sup>.



La comorbilidad en la depresión del adolescente en un rango del 40%, lo que incrementa la duración de episodios depresivos, el riesgo de suicidios, aumenta recaídas y recurrencias y ensombrece el pronóstico. El curso natural del episodio depresivo no complicado es de una duración de 7 – 9 meses con una remisión del 90% a los 2 años, recurrencia del 40% y 70% a los dos y cinco años respectivamente. En los adolescentes, 20 a 40% de los deprimidos ciclan a manía, con o sin medicamentos<sup>27</sup>.

Las diferencias relacionadas con las características culturales y sociales, así como el incremento secular de la depresión, debe enfatizarse que la cohesión familiar, más que la estructura de la misma, se ha relacionado con trastornos depresivos mayor y trastornos distímia en los adolescentes una mala relación entre los padres se relaciona significativamente con la depresión de los hijos, se han utilizado los informes de los maestros y padres para medir los síntomas depresivos, las evaluaciones de los maestros identifican menor competencia social que las evaluaciones de los propios adolescentes deprimidos. Estudios más recientes han reportado que el 92% de los adolescentes deprimidos manifiestan un decremento en su productividad académica. El riesgo de ideas suicidas es mayor en aquellos adolescentes que inician el trastorno depresivo mayor más tempranamente. Las investigaciones de inmigrantes latinos a California reportan que 25% de los adolescentes presentan niveles críticos de depresión e ideas suicidas relacionadas con el estrés de la culturización<sup>28</sup>.

En un estudio para determinar la relación entre depresión, actividad deportiva y consumo de drogas en adolescentes, se encontró predominio género femenino (54.3%). Con prevaletia de depresión fue de 28.4 % (92 alumnos),

siendo la más frecuente la leve (72.8%). De 199 alumnos que no realizaban deportes 64 tuvieron depresión, de 125 que practicaban deportes, 28 manifestaron depresión. La diferencia entre un grupo y otro no fue estadísticamente significativa. Se encontraron asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y tabaco con depresión, así como consumo de tabaco con falta de actividad física – deportiva<sup>29</sup>.

En sujetos depresivos se ha comprobado el papel que desempeña la activación el efecto antidepresivo de la privación del sueño. Se seleccionaron 48 sujetos sanos (30 mujeres y 18 hombres). El experimento consistía en la privación total de sueño durante 60 horas. Podían leer, escuchar música, se les practico el inventario de depresión de Beck, en tres ocasiones diferentes para ver los cambios que hubieran ocurrido en el estado de ánimo deprimido. Los datos señalan que en los sujetos sanos, la privación total del sueño es principalmente desactivante. Estos decrementos en el nivel de activación no se relaciona con los cambios del estado de ánimo deprimido<sup>30</sup>.

En un estudio de tesis realizado con enfoque a “La motivación al logro de la adolescencia y su relación con la depresión”, de 175 adolescentes, con un reporte de 107 mujeres y 68 hombres, se les practico la escala de Zung para medir depresión, En la depresión mínima, de detectaron 42 casos, un 24% del total de la muestra, de estos eran 23 mujeres y 19 hombres. En la depresión moderada, se presentó 18 casos el 10.3% de la muestra total, 9 mujeres y 9 hombres. En la depresión severa se detectaron 5 casos, el 2.8% del total, cuatro fueron mujeres y un hombre. Se encontró que las mujeres presentan anorexia, tiene que ver con su imagen y auto aceptación<sup>31</sup>.

La ansiedad como factor inductor de tabaquismo en jóvenes, según un estudio realizado en la zona del conurbado Tampico Madero Altamira, 500 jóvenes, fumadores, de uno y otro sexo, en edades de los 15 a los 20 años, el test de evacuación fue de Hamilton, estudio epidemiológico, observacional, abierto, retrospectivo y transversal. Dentro de las causas mencionadas por ellos se encuentran: por curiosidad 38.88%, casualidad 19.44%, por imitación 13.88%, la ansiedad se identificó en el 36% de los cuales 55.55% se clasificó como leve, el 36.11% moderada y el 8.33% como grave. La estrecha relación que existe entre tabaquismo y desarrollo de diversas patologías<sup>32</sup>.

Síntomas de Rebeldía, Depresión y Aislamiento Asociados al Consumo de Drogas en Adolescentes Costarricenses. En el estudio se realizó en una muestra representativa de la población estudiantil costarricense, compuesta por 1 186 estudiantes, preestratificada por tipo de colegios y por región. En esta muestra, el 50.6% eran varones y el 49.4% mujeres, el 71.2% procedía de la zona urbana y el 28.8% de zona rural y el 62.2% estudiaba en colegios públicos y el 37.8% en colegios privados. Uno de los hallazgos importantes en este estudio fue haber encontrado una proporción alta de estudiantes con síntomas de depresión y rebeldía<sup>33</sup>.

Los estados ánimo depresivos son menos frecuentes entre las personas que practican actividades físicas al menos tres veces a la semana, de acuerdo con un trabajo desarrollado en la University de California San Diego<sup>34</sup>.

La familia es justamente la sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto. Conocer las estructuras de la familia y conceptualizar sus funciones, no sólo ayuda a integrar mejor un diagnóstico, sino

que ofrece un tratamiento. La familia puede ser en sí, un elemento de salud o de origen y causa del problema. Es posible utilizar dentro de un ambiente de terapia, las ventajas que ofrece la familia como instrumento de cura<sup>35</sup>.

Funcionamiento familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa<sup>36</sup>

Se han construido varias escalas para medir la funcionalidad familiar una de ellas es la que propone la doctora Joaquina Palomar Lever en su tesis de doctorado que entrego para la UNAM. El cuestionario de la doctora Joaquina Palomar Lever comprende los siguientes factores:

**1.- Relación de pareja:** se refiere a la fuerza y calidad de la diada paterna. Esta dimensión está relacionada con el grado en que los miembros de la pareja comparten intereses, se apoyan mutuamente, se sienten queridos y valorados por el otro, pueden hablar abiertamente de sus sentimientos y expresar sus afectos a través del contacto físico. También está relacionado con el grado en el que la pareja comparte tiempo sin los hijos y puede resolver sus problemas sin que sea necesaria la intervención de alguno de ellos.

**2.- Comunicación:** Mide la capacidad de la familia para expresar abiertamente, las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar verbal y no verbalmente el afecto. Esta dimensión se dividió en dos subdimensiones:

La primera que tiene que ver con la comunicación de las ideas, con la disposición de escuchar y respetar las opiniones de los demás y con la capacidad de discutir

La forma en que pueden resolverse problemas prácticos. Esta dimensión esta referida a la facilidad en el manejo de los conflictos a través de la expresión de los sentimientos, tanto positivos como negativos. También está relacionada con la intensidad emocional de la familia reflejada a través de la comunicación verbal y no verbal de sentimientos, tanto de ternura y cariño como de enojo y ansiedad.

**3.- Cohesión Familiar:** Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. Este se refleja en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia tanto para realizar actividades cotidianas como para resolver problemas, así como el hecho de que los miembros de la familia realicen actividades juntos, compartan interés y tiempo libre.

**4.- Aspectos Disfuncionales:** Se refiere al grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad y la aplicación de sanciones.

**5.- Tiempo que comparte la familia:** Se refiere al grado en que los miembros de la familia realizan actividades juntos. Se refiere a la existencia de intereses compartidos y a la posibilidad que tiene los miembros de crear alternativas de recreación.

**6.- Roles Familiares y Trabajo Domésticos:** Se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones

familiares, la claridad de las tareas que deben cumplir, el grado de cumplimiento de las funciones y distribución de dichos roles.

**7.- Autonomía-Independencia:** Está relacionada con el grado en cual se fomenta la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por si mismo sus problemas y tome sus propias decisiones sin que ello ocasiona distanciamiento y/ o desunión familiar.

**8.- Organización:** Se refiere a las condiciones de orden y organización necesarias dentro de la casa para que las cosas puedan funcionar armónicamente.

**9.- Autoridad-Poder:** Se refiere a la distribución del poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quien o quienes ejercen dicho rol.

**10.- Violencia Física y Verbal:** Se refiere a los patrones caracterizados por la agresividad física y verbal, es decir, golpes, jalones, gritos, insultos etc.

El cuestionario fue diseñado por la Dra. Joaquina Palomar Lever (1998), consiste en una serie de 56 ítems y tienen índices de consistencia que van desde .52 a .94 y al cual los sujetos tienen que contestar señalando con una cruz las siguientes opciones: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre, lo que equivale a 0% del tiempo, menos del 25% del tiempo, alrededor del 50% del tiempo, más del 75% del tiempo y 100% del tiempo respectivamente<sup>37</sup>.

Una ultima consideración respecto a los problemas que presentan los adolescentes y sus familias están en relación en que muchos psicoanalistas han llamado la atención a los problemas de desarrollo en la adolescencia y están

experimentando con métodos de intervención terapéutica en problemas que ocurren en este periodo de vida. Recientemente ha crecido el interés en la posibilidad de desarrollo de la personalidad en la vida posterior a la adolescencia. Los psicoanalistas están trabajando más en los hospitales, grupos, asesoramiento matrimonial, problemas de jóvenes en sus contextos familiares y así sucesivamente<sup>38</sup>.

De lo anterior se desprende la necesidad de incorporar en el primer nivel de atención algunos enfoques técnicos y herramientas de psicoterapia de la depresión, teniendo en cuenta en todo trabajo terapéutico deben considerarse los siguientes elementos:

1. Se debe tratar de aumentar la autoestima disminuida del paciente, intentando resolver el hecho que el adolescente no siente que ir a terapia, corresponde a una debilidad del mismo para enfrentar sus problemas.
2. Se debe elevar la confianza del paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas del yó, siendo este un procedimiento que va ligado al incremento de la autoestima.
3. El terapeuta debe tratar de expresar los sentimientos que invaden al paciente, eligiendo un lenguaje suficientemente burdo; con este método de la catarsis mediata no se le exige al paciente que se haga responsable por la hospitalidad expresada, haciéndola más aceptada cuando el que asume la responsabilidad de su verbalización es el terapeuta.

4. Dar apoyo asegurando al paciente que el terapeuta está a su disposición en cualquier momento, puede ser una maniobra terapeuta muy importante sobre todo en los pacientes deprimidos fuertemente y con riesgos de suicidio.
5. El guiar puede desempeñar un papel de gran valor en el cuando hay peligro de suicidio.
6. Si el paciente continua en franco descenso de la autoestima y en donde existe una gran hostilidad es recomendable la realización de ejercicios violentos (pegarle a un saco de arena, boliche, etc.)<sup>39</sup>.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia es un periodo donde la depresión se presenta con mayor frecuencia entre los 15 a 19, años esto coincide con una baja autoestima en este periodo del crecimiento. Los adolescentes con depresión pueden sufrir cambios de humor continuos que fluctúan entre extremadamente altos (maniacos) y bajos (deprimidos). Los altos pueden alternar con los bajos, así como también pueden sentir los extremos al mismo tiempo.

Es importante diagnosticar la depresión en los adolescentes y descartar cualquier patología previa como ejemplo problemas endocrinos, hematológicos, abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos, síndrome de falta de atención, hiperactividad.

El síndrome depresivo en los adolescentes está relacionado con crisis familiar tanto en familias funcionales como disfuncionales; de tal manera que se puede evidenciar una asociación entre funcionalidad familiar y depresión del adolescente.

Los padres juegan un papel fundamental en reforzar la autoestima del adolescente al estimularlo y gratificarlo con amor y aceptación en sus diferentes actividades.

Es importante la actitud que toman las familias y esto dependerá de varios factores: que tipo de familia, la cultura, la educación de todos los miembros, que ninguno de los padres sea adicto a las drogas o al alcoholismo, no exista violencia familiar.

Es importante que el médico familiar detecte la funcionalidad de las familias y así poder intervenir por medio de información, educación, orientación, para evitar las repercusiones en los estados depresivos de los adolescentes.

Por lo tanto, el siguiente estudio pretende describir la relación que guarda el funcionamiento familiar con la depresión del adolescente; la pregunta que se plantea es la siguiente:

¿Qué aspectos del funcionamiento familiar influyen sobre la depresión en el adolescente?

## 4. JUSTIFICACION

Entre los seres humanos, cuando se unen para coexistir, podemos considerarlo como grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo a elaborado pautas de conducta de interacción que constituyen la estructura familiar, que a su vez rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción reciproca.

Dado la frecuencia con que se presenta la depresión en la población general y en los jóvenes siendo esta cada vez más frecuente es indispensable que se realicen estudios clínicos y epidemiológicos para conocer las condiciones de este fenómeno que ocurren en nuestro medio. En el primer nivel de atención es importante contar con guías clínicas y criterios diferidos para detectar riesgos y diagnosticas los cuadros clínicos. Estas son algunas de las razones que pueden justificar este trabajo.

El conocimiento de la intensidad y con las características que se produce el fenómeno dentro de la población estudiada nos permitirá incidir con proyectos que tiendan a decrementar el problema.

## **5. OBJETIVOS.**

### **Objetivo General**

- Analizar la relación entre depresión del adolescente y funcionamiento familiar.

### **Objetivos específicos**

- Determinar la frecuencia de depresión en el adolescente mediante la Escala de Depresión para adolescentes de 15 a 19 años de Álvarez ME. y Cols.
- Analizar el funcionamiento familiar de las familias con adolescentes deprimidos. mediante la cuestionarios de Joaquina Palomar Lever.

## **6.- HIPÓTESIS.**

El grado de funcionamiento familiar tiene influencia sobre la frecuencia del trastorno depresivo en los adolescentes, de tal manera que se encuentran asociados.

## 7. METODOLOGÍA.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo tipo encuesta.

Población y lugar: el estudio se realizó en la ciudad de Morelia, Mich. En población: escolar de un colegio particular.

Tipo de muestra: estratificado, probabilística, aleatorio simple.

Tamaño de la muestra: el universo lo constituyo la población escolar de un colegio particular de 200 alumnos. El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta la frecuencia del fenómeno en 40% mediante la siguiente fórmula

$$N = Z^2 \frac{pq}{d^2} =$$

$$200 = \frac{(3.84)^2 (0.24)(.76)}{(.14)^2} =$$

$$200 = \frac{0.921}{0.019} = 48$$

N = tamaño de la muestra.

Z = nivel de confianza.

d = magnitud de la diferencia entre la proporción de la población y proporción en la muestra.

p = variabilidad positiva.

q = variabilidad negativa.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### **Criterios de inclusión:**

- ❖ Se seleccionaron uno de cada 4 de una lista en orden alfabético, adolescentes entre las edades de 15 años a 19 años de edad, integrados al núcleo familiar, de ambos sexos.
- ❖ Que acepten participar en el proyecto, firmando carta de consentimiento.
- ❖ Que vivan en la ciudad de Morelia, Michoacán.

### **Criterios de No Inclusión:**

- ❖ Que no viven en la ciudad de Morelia, Mich.
- ❖ Que no aceptaron participar en el proyecto.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **Variable dependiente.**

#### ***Depresión del adolescente:***

Depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional. En este estudio se medirá mediante la escala de Álvarez y cols.

**. Variable independiente:**

***Funcionamiento familiar:***

Es la capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital, al igual que las crisis por las que atraviesa. En este estudio se valorara mediante el cuestionario doctora Joaquina Palomar Lever.

**Procedimiento:**

Se acudió al colegio se entrevisto con la directora de la preparatoria solicitando hacer la encuesta a los jóvenes entre las edades de 15 a 19 años, se entrevistaron jóvenes de dos en dos en cada entrevista, en los meses de Marzo a Agosto de 2004, a los jóvenes que reunieron los criterios de inclusión para la realización de este estudio, solicitándoseles su consentimiento para la aplicación de los cuestionarios de Funcionamiento Familiar y Depresión en el Adolescente, se les entregó un formato de consentimiento informado. El cuestionario de funcionamiento familiar de Joaquina Palomar Lever (Anexo 1), el cuestionario de Detección de Depresión de Álvarez y Cols., (Anexo 2), Todo esto en un ambiente de privacidad.

**Analices estadísticos:** Se concentraron los datos en excel y se utilizara el paquete estadístico SPSS ver. 10 para validar los instrumentos mediante pruebas de contingencia. Se utilizaran pruebas paramétricas y no paramétricas según las características de los datos.



**Consideraciones éticas:** Se les solicitó el consentimiento por escrito para participar en el estudio y se les explicó en qué consiste, ya que este se manejó como información privada y los resultados se manejaron de manera confidencial.

Esto, de acuerdo a la Norma de la Convención de Helsinki, la cual fue ratificada en Tokio en 1975 y posteriormente en Edimburgo en el año 2000 de acuerdo al título 5º, Artículos 96 al 103 de la Ley General de los Estados Unidos Mexicanos, por medio de los cuales se garantiza no dañar la integridad física ni moral de las personas.

## 8. RESULTADOS

Se estudiaron 50 adolescentes originarios y residentes en la ciudad de Morelia, seleccionados al azar de una población escolar de 200 alumnos en un Colegio particular dirigido por religiosas. La edad promedio de los adolescentes es de entre 15 y 19 años, ambos sexos. A los jóvenes se les solicitó contestaran un cuestionario para detectar alteraciones en el estado anímico relacionadas con síndrome depresivo. Al mismo tiempo se les pidió contestaran un cuestionario para medir el funcionamiento familiar de sus propias familias. En el cuadro No. 1 nos representa el número de los adolescentes según el sexo. En el cuadro No. 2, se presentan los datos sobre la frecuencia de alteraciones emocionales y funcionamiento familiar. El 66% de los adolescentes presenta depresión, pero sólo 12% viven con familias disfuncionales. Otro dato interesante es que el 54% de depresión se asocia con familias funcionales.

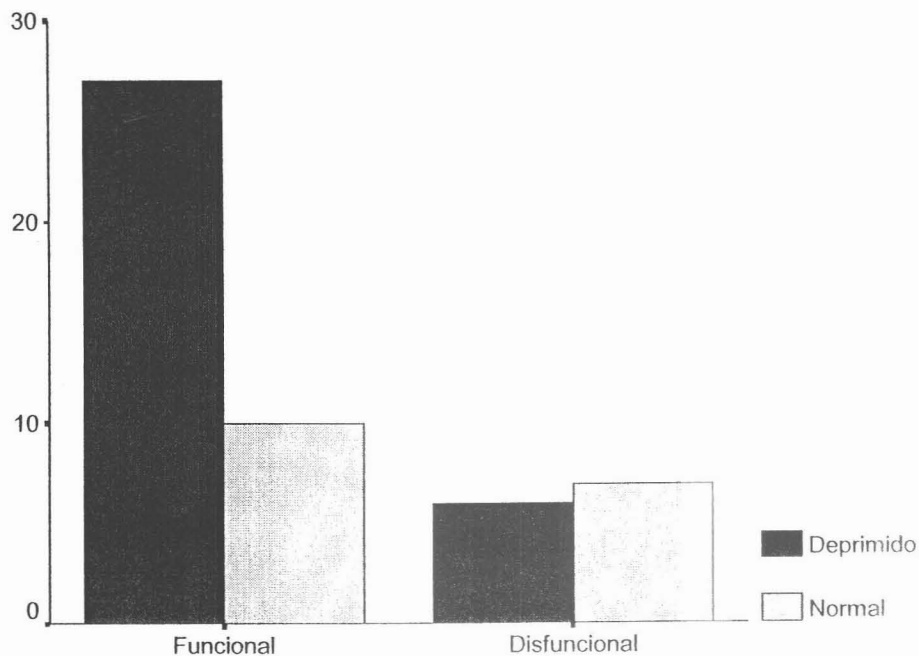
Cuadro No.1 Características de la población de acuerdo al sexo.

Sexo	Número	Frecuencia
Femenina	31	62%
Masculino	19	38%
Total	50	100%

Cuadro No.2 análisis de contingencia entre depresión en adolescentes y funcionamiento familiar

Familia/Adolescente	Deprimido	Normal	Total
Funcional	27 (54%)	10 (20%)	37 (74%)
Disfuncional	6 (12%)	7 (14%)	13 (26%)
Total	33 (66%)	27 (34%)	50 /100%)

Grafica No.1 Relación entre funcionalidad – disfuncionalidad familiar y depresión de los adolescentes



La confiabilidad y consistencia del cuestionario de funcionamiento familiar se validó mediante la prueba alpha de Crombach, misma que se muestra en el cuadro No. 3; como puede apreciarse el instrumento es confiable con valor alpha de 0.84.

Cuadro No. 3 Confiabilidad y consistencia del CFF

Factores	Valor alpha de Crombach
Comunicación	0.1547
Organización	0.6385
Autoridad-poder	0.0496
Violencia física y verbal	0.-2706
Roles familiares	0.6714
Autoridad e independencia	0.7222
Tiempo que comparte	0.8568
Aspectos disfuncionales	0.1890
Cohesión familiar	0.7759
Global	0.8412

Al buscar asociación entre disfunción familiar y depresión en el adolescente mediante la prueba T-Student, resultó significativa solo en uno de los factores, cuadro No.4. El análisis de la funcionalidad y disfuncionalidad de las familias se muestran en los cuadros 5 y 6 que contienen los puntajes globales por factores, el promedio y los cuartiles de la relación entre el funcionamiento familiar y los adolescentes con o sin depresión. De acuerdo con el cuadro 7, que muestra los valores de referencia Estos datos como se puede apreciar no hay grandes diferencias entre ambos grupos.

Cuadro No.4 Asociación entre disfunción familiar y depresión de adolescentes.

Factores	Significancia
Comunicación	0.34
Organización	0.12
Roles familiares	0.10
Autoridad e independencia	0.15
Tiempo que comparte	0.05
Cohesión familiar	0.02

Significativo  $p \leq 0.05$

El análisis de la funcionalidad y disfuncionalidad de las familias se muestran en los cuadros No. 5 y 6.

Cuadro No 5. Análisis de funcionalidad familiar y adolescente deprimido

Valores	Comunicación	Cohesión	Aspectos disfuncionales	Tiempo compartido	Roles familiares	Autonomía independencia.	Organización	Autoridad poder	Violencia familiar.
Media	9.21	16.63	12.84	12.18	16.96	19.87	17.03	14.00	6.75
DE	2.63	5.07	3.20	3.92	4.38	4.31	3.77	2.79	2.06
1er.cuartil	7.5	12.5	10.0	9.0	13.5	16.5	15.0	12.0	5.0
2º.cuartil	9.0	16.0	14.0	13.0	17.0	20.0	17.0	15.0	7.0
3º.Cuartil	11.0	22.0	15.0	15.0	20.5	22.0	20.0	16.0	8.0

Cuadro No. 6 Análisis de disfunción familiar y adolescente no deprimido

Valores	Comunicación.	Cohesión	Aspectos disfuncionales	Tiempo compartido	Roles familiares	Autonomía independencia.	Organización	Autoridad poder	Violencia familiar
Puntaje global por factor	66	105	96	81	117	139	121	102	56
Media	8.47	13.35	12.35	9.70	18.88	17.76	15.11	13.47	7.17
DE	2.47	3.79	2.42	4.77	4.06	5.77	4.55	2.62	1.70
1er.cuartil	6.5	10.5	10.5	5.5	12.0	13.0	10.0	11.5	6.0
2º.cuartil	8.0	12.0	13.0	10.0	16.0	18.0	16.0	14.0	7.0
3º.Cuartil	11.0	18.0	14.0	11.0	17.5	22.5	18.5	15.5	8.5

Cuadro No. 7 criterios de funcionalidad y disfuncionalidad familiar del cuestionario de Joaquina Palomar.

Factor	Valores de funcionalidad	Valores de disfuncionalidad
Comunicación	$\geq 7$	$\leq 7$
Cohesión	$\geq 13$	$\leq 12$
Aspectos disfuncionales	$\geq 13$	$\leq 12$
Tiempo compartido	$\geq 10$	$\leq 10$
Roles familiares	$\geq 13$	$\leq 12$
Autonomía independencia	$\geq 15$	$\leq 15$
Organización	$\geq 13$	$\leq 12$
Autoridad y poder	$\geq 10$	$\leq 10$
Violencia familiar	$\geq 7$	$\leq 7$

## 8. Discusión

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. Los resultados obtenidos en este trabajo confirman lo señalado en la literatura respectiva respecto que la depresión en los adolescentes es un fenómeno frecuente, la prevalencia encontrada en nuestro estudio del 40% y estudios similares 38%, el sexo femenino tiene mayor porcentaje 62% otros estudios 54.3%, (28).

Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "el mundo es un sitio maravilloso" y "la vida apesta". Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días.

Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, la disfunción familiar que en este trabajo se demostró que la cohesión familiar es la parte más afectada en la presencia de depresión, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos

síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a estos síntomas clásicos.

El exceso en el dormir, cambio en los hábitos alimenticios, incluso el comportamiento criminal (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o los años de adulto joven, en nuestro estudio alrededor de los 16 a 17 años. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, que es similar a la proporción de adultos que sufren de depresión.

La literatura sobre estos aspectos describen que las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Como fue en el resultado de este trabajo, Entre los factores de riesgo se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión.

Otro punto de discusión es el supuesto de que la familia disfuncional propicia cuadros depresivos, situación que en este trabajo no se confirmó ya que



tanto la familia funcional como la disfuncional presentan adolescentes con depresión casi con la misma proporción.

La validación estadística de los instrumentos para medir la depresión y el funcionamiento familiar es alta, 0.84 para el cuestionario de funcionamiento familiar y de 0.91 para el de depresión. No obstante, en el cuestionario de funcionamiento familiar se eliminó el factor que mide la relación de pareja, además de que algunos factores los puntajes fueron muy bajos; por tanto sugerimos que en posteriores aplicaciones se revisen minuciosamente las preguntas con menor puntaje.

## 10. CONCLUSIONES

En este trabajo se concluyó que la disfuncionalidad familiar no interviene únicamente en el trastorno depresivo en el adolescente, se presentó en familias con funcionalidad familiar, se comprobó que en los últimos años la frecuencia de la depresión ha aumentado en los adolescentes, así como a más corta edad, siendo más frecuente en el sexo femenino. Y no recibir tratamiento adecuado los lleva a intentos de suicidios.

El cuestionario de funcionalidad familiar que se aplicó es útil, se encontró una mayor alteración en el factor de la cohesión, y se refiere que los miembros de la familia no tienen una unión, no hay apoyo y cooperación entre los miembros de la familia, tienen dificultad para resolver problemas como realizar actividades cotidianas.

La depresión es uno de los trastornos de los adolescentes que vale la pena tomar en serio debido a su alta frecuencia algunos la denominan la enfermedad del siglo veintiuno, para subrayar su importancia, no hay que olvidar, que la segunda causa de muerte de los menores de veinticinco años en España es el suicidio y los suicidios tienen su causa la mayoría de las veces en un estado de ánimo depresivo. Es verdad que en cifras absolutas la cantidad no es muy grande, pero no deja de ser la segunda causa de muerte de la gente joven. Y,

evidentemente, como ya se decía la mayor parte de los suicidios vienen precedidos por una depresión.

La depresión es actualmente la enfermedad por antonomasia cuantitativa dentro de la psiquiatría. Se dice que entre el diez y el quince por ciento de la población está, ha estado o estará deprimida. Entre la población adolescente por tanto también se da.

Hay tres grandes grupos de depresiones: las depresiones endógenas, que son aquellas que no se deben aparentemente a nada externo ni a ningún factor de sufrimiento psicológico, y aparecen incluso en las personas más felices y mejor dotadas. De su causa última se sabe poco, aunque se piensa que pueden tener una causa más o menos genética. No se suelen manifestar clínicamente al menos de una manera clara, como verdaderas depresiones en la adolescencia, por lo que se tiene que buscar otros mecanismos susceptibles para llegar al diagnóstico, como es el caso de la encuesta de Álvarez. Un segundo tipo son las depresiones distímicas, que están ligadas a trastornos de personalidad. Las sufren personas que se sienten frustradas y que están en continuo descontento con ellas mismas y con lo que les rodea. Con una vida amargada, se continúan a lo largo de la existencia en forma de depresión de menor intensidad, pero continua y crónica. Ésta tampoco se manifiesta como tal entre la gente muy joven, sino a partir de los veintitantos años. Pero las depresiones reactivas, o trastornos adaptativos depresivos, que es el tercer grupo y el mayoritario desde un punto estadístico, sí que se da en los adolescentes. Se trata de un cuadro depresivo que aparece por

motivos reactivos a separaciones matrimoniales de los padres, problemas escolares o académicos, problemas de autoestima, enfermedades físicas, dificultades de relación o algunas otras situaciones especiales negativas que se puedan dar en la biografía de un adolescente.

La sintomatología que aparece es: tristeza mantenida, diaria y presente en la mayor parte de los momentos, cansancio excesivo, falta de ilusión por todo, falta de placer en todas o casi todas las actividades de la vida ordinaria, una enorme dificultad para pensar, para concentrarse, para tomar decisiones, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de fracaso, culpa o inutilidad, ideas de muerte ( no necesariamente de suicidio, pero sí por ejemplo: "ojalá me muriera", o, "sí me muriera mejor me iría porque para vivir esta vida..." etc.). Por otro lado, con cierta frecuencia dichos estados de ánimo bajos son propicios para que el paciente busque, de una manera consciente o no, conductas de abuso de alcohol, drogas o fármacos, o – en menor proporción – comportamientos peligrosos de alto riesgo.

Este tipo de situaciones se dan cada vez más, entre otras muchas razones porque los muchachos se sienten cada vez más solos. Se han hecho múltiples estudios sociológicos en países muy adelantados y una de las razones que se esgrimen es que los padres, por razones laborales o de otro tipo, tienden a dedicar menos tiempo a sus hijos y que es engañoso eso de que "yo le dedico poco tiempo pero intenso"..., porque lo cierto es que los chicos se sienten solos. Diversos estudios norteamericanos, hechos con poblaciones de niños y jóvenes

entre los años 1980 y 1990 ven aumentos de cifras de fracaso escolar, delincuencia juvenil, embarazos precoces, a pesar de que los ingresos económicos del hogar por niño aumentaron. Se alcanzaron cifras record de malestar infantil, que despertaron la preocupación social. A la luz de los datos, la responsable del Libro blanco de los muchachos, Judith Weitz, decía: "Es claro que la crisis infantil reflejada en las cifras responde en última instancia a una crisis general de la familia". En este mismo sentido, una encuesta publicada en 1991 por la revista Time, afirmaba que al 60% de los jóvenes estadounidenses le gustaría dedicar a sus hijos más tiempo del que ellos recibieron de sus padres, pues, como afirmaba el profesor Louv en La niñez del futuro, la autonomía de que disponían los niños, más que a la educación en la libertad, se acercaba al abandono.

Con esto no se trata de culpabilizar a nadie, pero los hijos requieren una dedicación, un consejo, un apoyo, una seguridad y necesitan saber que tienen la retaguardia asegurada. Y que en un momento determinado, cuando tengan dudas o problemas de algún tipo, hay alguien querido y cercano que les ayude a sobrellevarlos. Esto es absolutamente fundamental, pues es imprescindible la función de la familia. Aunque ésta sea vicaria, porque la familia no siempre puede ser el padre y la madre; y hay familias monoparentales por viudedad o por separación, y hay familias que por razones de imposibilidad física no van a poder dedicar el tiempo necesario a sus hijos pero siempre tendrá que haber abuelos o tíos o sucedáneos que den ese apoyo emocional que los jóvenes siempre necesitan y que sobre todo van a requerir en momentos concretos y cruciales.

Es muy importante siempre que las personas se puedan sentir valoradas en su justa medida, pero adquiere característica de auténtica necesidad durante la adolescencia, en la que, como se ha visto, la inseguridad producida al abandonar la niñez determina una vivencia de precariedad que puede llegar a ser agobiante y muy destructiva. El peor de los chicos tiene un valor enorme como persona que es, y eso hay que dejárselo siempre muy claro. El eje de la psicoterapia que se lleva a cabo en la consulta de adolescentes con el psiquiatra o el psicólogo está dirigido primordialmente a ayudarles para que adquieran conciencia de lo mucho que son y que valen, a decirles: "al margen de lo que tú sientas, al margen de tus errores, de tus fracasos, angustias o limitaciones debes pensar que tienes muchas cosas muy positivas". Lo que tienen que hacer los padres y los educadores es potenciar esos aspectos valiosos que ellos tienen más oscurecidos o cegados por la propia óptica, dada la peculiar dinámica psicológica de la adolescencia.

En el ambiente enmarcado dentro de la "Década de Niño", como fue el de los años noventa en alguno de los estados de Norteamérica y tras la convocatoria de las Naciones Unidas de la "Cumbre Mundial de la Infancia", una comisión de personalidades políticas, médicas, educativas y empresariales, publicaron un "Código Azul" en el que se dicen muchas cosas sobre la situación de la juventud de aquel país.

Con los datos de ese informe y el telón de fondo que motivaba la preocupación de instituciones de los Estados Unidos y de las Naciones Unidas, Willian J. Bennett, entonces secretario de Educación, pronunció un discurso en la

Universidad de Notre Dame (Indiana) en el que entre otras muchas cosas dijo que “la crisis no se limita, como algunos creen, a comunidades azotadas por la pobreza y el crimen sino que afecta a millones de adolescentes de todos los barrios a lo largo de la nación”. Para ilustrarlo apuntaba estadísticas: una de cada diez adolescentes embarazadas, con más de 400,000 abortos anuales, duplicación de suicidios y un número treinta veces mayor de muchachos detenidos en comparación con las cifras de tres décadas anteriores. “Demasiados chicos norteamericanos son víctimas del fracaso parcial de nuestra cultura, de nuestros valores y de nuestras normas morales: drásticas alteraciones en la composición de la familia, un diálogo escaso y débil entre la gente joven y los adultos, degradación de los vecindarios tradicionales y así sucesivamente.” –decía.

Su discurso no era un lamento, pues apuntó soluciones, como éstas:

1º. “Debemos hablar y actuar en favor de la familia. Buscarle sustitutos viables cuando no haya más remedio, pero apoyar la familia y ponerla en primer lugar (...) Para desarrollarse, un niño necesita la dedicación sacrificada e irracional de uno o más adultos que le cuiden y compartan su vida con él (...) Dedicación irracional. ¡ Tiene que haber alguien que esté loco por el chico !”

2º. “En los últimos años hemos hecho un trabajo razonablemente bueno enseñando a nuestros hijos virtudes delicadas como la tolerancia, la comprensión, la propia estima y la sensibilidad. Y eso está muy bien. Pero creo que todavía nos perdemos en discusiones inútiles sobre la necesidad de enseñar virtudes fuertes

como la disciplina y el dominio de sí, la responsabilidad individual y cívica, la perseverancia y la laboriosidad. Descuidar esas virtudes es un error”.

3º. "Hemos de aprender a valorar en su justa medida el verdadero poder y las limitaciones de los esfuerzos estatales en favor de los niños. (...) Recordemos que el Estado es un agente auxiliar, no el principal, en el desarrollo de la constitución moral de un pueblo. La familia, la iglesia, la escuela y los individuos son los instrumentos principales”.

Acababa su discurso con este epílogo de concienciación social: “Así es como se configura el carácter de una sociedad: mediante la moralidad individual, que acumula un capital social de generación en generación, en beneficio de nuestros hijos. Las convicciones privadas son una condición del espíritu público. Pero hay que renovar continuamente la inversión en convicciones privadas: han de hacerlo los adultos. Esa es nuestra misión.

## **Recomendaciones**

- 1.- Se formaran grupos de adolescentes para actividades deportivas, con ayuda de centros recreativos como centro de seguridad del IMSS.
- 2.- Se formaran grupos para información sobre lo que es la depresión y como detectarla a tiempo, con ayuda del médico familiar así como trabajo social.



3.- Se formaran grupos de padres de familia dándoles información sobre los cambios más significativos de los adolescentes y los signos y síntomas de la depresión.

4.- Se orientaran en los grupos de colegios y escuelas donde hay adolescentes.

5.- A los adolescentes que se le detecte depresión, aplicar los cuestionarios y evaluarlos.

6.- Si hay adolescentes deprimidos darles una terapia, de acuerdo al grado de esta, serán las sesiones.

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Navarro J. Psicología del niño y del adolescente. Océano Multimedia. Barcelona, 1999; 361-364.
- <sup>2</sup> Anthony L. Benedek. Depresión y Existencia Humana. Editorial Salvat. España 1981, pp 75
- <sup>3</sup> Dallat-Castillo. El Adolescente. Mc Graw-Hill.2000; 73
- <sup>4</sup> Aberasturi A, Knobel M. La adolescencia norma. Editorial Paídos, BsAs. 1976, pp 48.
- <sup>5</sup> Martínez MR. Pediatría. La salud del niño y del adolescente. Edsitorial Masson, 3ª. Edición 1995; Cap. 10; 1119-1131.
- <sup>6</sup> Villatoro JA. Andrade PP. Flaiz BC. La relación padres – hijos. ¿Una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Rev. Salud mental Vol. 20, No. 2 junio 1997.21-27
- <sup>7</sup> Ardila una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Rev. Salud mental Vol. 20, No. 2 junio 1997.21-27.
- <sup>8</sup> Mardomingo SJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial N. Pubertad y adolescencia. Psicología V. 26; 2-38.
- <sup>9</sup> De Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatría infantil. 4ª. Edición. España Masson, 1983 pp 659-664.
- <sup>10</sup> Navarro J. Psicología del niño y del adolescente. Ediltorial Océano Multimedia. Barcelona, España 1999; 322-341.
- <sup>11</sup> Cyagora, Psicoanálisis, Adolescente normal. Editorial Planeta 1992; 2-9.
- <sup>12</sup> Alonso TJ. Motivar en la adolescencia, tratamiento, evolución e intervención. 1998; 67-79.
- <sup>13</sup> Gutiérrez CAJ, Barrera PJ, Cuevas A, Serdán SL. PAC MF 1 Cap. 2 Depresión en el adolescente. Editores Intersistema. Edición 2000; 20-25.
- <sup>14</sup> William FG. Fisiología Médica. Manual Moderno 16ª. Edición;1998, 294-296.
- <sup>15</sup> De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Revista: Salud Mental. 1999; vol. 22; pp 88-92.
- <sup>16</sup> Richter P, Alvarado L, Fend H. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. VI, 1997, pp 67-74.
- <sup>17</sup> SL Rojtenbeerg. Depresión y Antidepresivos. Editorial Panamericana, 1996; 5; 47-15.
- <sup>18</sup> De la Fuente R. Revista de Psicología Médica. 1992. pp. 54-56.

- 
- <sup>19</sup> Goldmal HH. *Psiquiatría General. Manual Moderno* 5ª. Edición, 2001; pp 30
- <sup>20</sup> Mardomingo SJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Editorial Diaz de Santos, 1994; 255-273.
- <sup>21</sup> Anthony L. Benedek T. *Depresión y existencia humana*. Editorial Salvat. España. 1981, pp 43.
- <sup>22</sup> Hegedus CP, Berthan A., *Desarrollo de la Escala de Funcionamiento Categorizado*. *Revista Acta Académica Universidad Autónoma de Centro América*. 1994.
- <sup>23</sup> Birmaher B, Villar L, Heydl P. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Editorial Panamerican, 2000, pp 392-394.
- <sup>24</sup> Hegedus CP, Berthan A. *Desarrollo de la Escala de Funcionamiento Categorizado*. *Revista Acta Académico Universidad Autónoma de Centro América* 1994.
- <sup>25</sup> Las escalas clínicas. Cap. 4; 40-43.
- <sup>26</sup> Gordon H. Marks A. Nelson W. *Depresión en los adolescents*. *Revista Atención Médica*, febrero 2003; 34-40.
- <sup>27</sup> Mendizábal RJ, Anzures LB. *Revista Médica del Hospital General de México*. Vol. 62, Núm. 1. enero - marzo 1999; pp. 62 – 69.
- <sup>28</sup> Peña F. Estrada A. Almeida L. Páez F. *Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento de secundaria*. *Rev. Salud Mental*. Vol. 22 No. 4 agosto 1999.
- <sup>29</sup> Ceballos RJ. Ochoa MJ. Cortez PE. *Depresión en la adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas*. *Revista Médica IMSS*, 2000,38 (5): 371-379
- <sup>30</sup> Cano MC. Miró E. Buela G. *Efecto de la privación total de sueño sobre el estado de ánimo deprimido y su relación con los cambios en la activación autoinformada*. *Revista Mental*, Vol. 24, No. 4 agosto 2001; 411-48.
- <sup>31</sup> Manzo CHM. *La motivación al logro en la adolescencia y su relación con la depresión*. Tesis Maestría en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y de la adolescencia. Universidad Vasco de Quiroga. Junio 2002.
- <sup>32</sup> VII Foro Regional de Investigación en Salud del IMSS – Región Norte. *La ansiedad como factor inductor de tabaquismo en jóvenes del conurbado Tampico Madero Altamira*. Octubre 2002.
- <sup>33</sup> Sandi I. Díaz A. *Síntomas de Rebeldía, Depresión y Aislamiento Asociados al Consumo de Drogas en Adolescentes Costarricenses*.
- <sup>34</sup> Donna Krits-Silverstain. *Psiquiatría*. *Resvista University de California*. *Depresión/prevención*. 1999. pp 74.

---

<sup>35</sup> Lauro E. El ciclo vital de la familia. Ed. Grijalbo, México. 1997; pp. 11-15, 111-114.

<sup>36</sup> Emma EA y col. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Instituto de la Familia AC. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Primera edición: 1997; pp. 52.

<sup>37</sup> Palomar J. Funcionamiento Familiar y Calidad de vida. Tesis Inédita de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México . 1998.

<sup>38</sup> Lomas P. La crisis de la familia. Simposio psicoanalítico. Ed. Coyoacán. Primera Edición 2002; pp. 183-202.

<sup>39</sup> Rivero C. Revista; La atención integral de la salud del adolescente, Cap. 5º. Un enfoque sobre depresión en la adolescencia. 1ª. Edición Boscán; Venezuela. Editorial Boscán C.A. 1994. pp 84 – 86.

**ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**  
**DE LA DRA. JOAQUINA PALOMAR LEVER.**

Anexo 1

**INTRUCCIONES:**

Por favor, marque con una cruz (X) en el recuadro de la derecha la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Gracias por su colaboración.

		Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Comparto actividades e intereses con mi pareja.					
2	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.					
3	Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja, puede decirlo.					
4	Disfruto mucho las actividades que hago con mi familia.					
5	Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente.					
6	Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento.					
7	Me siento valorada por mi pareja.					
8	En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quien piensa, sea lo que sea.					
9	En casa se respetan las decisiones que cada quien tome.					
10	Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.					
11	Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas.					
12	Los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos.					
13	Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros.					
14	En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que cree que es mejor.					
15	Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuales son las consecuencias.					

16	En mi familia está claro quien manda.					
17	Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás.					
18	Cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente lo resolvemos de manera rápida.					
19	En mi familia hacemos actividades juntos.					
20	En mi familia se anima a que seamos independientes.					
21	Como pareja, somos cariñosos.					
22	En mi pareja es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste.					
23	En mi familia compartimos mucho interés.					
24	En nuestra familia todos tenemos responsabilidades.					
25	Las normas familiares están bien claras.					
26	Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física (empujones, jalones, golpes, etc.)					
27	Si algo sale mal en mi casa nos desquitamos con la misma persona.					
28	Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes.					
29	En mi familia somos ordenados.					
30	Los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos.					
31	En mi familia se puede hablar abiertamente de las preocupaciones de cada uno.					
32	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa.					
33	Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos.					
34	En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por si mismo.					
35	Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa.					
36	En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas.					
37	Las reglas familiares no se discuten, se cumplen.					

38	En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado.					
39	En mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales.					
40	En mi familia cada uno puede decidir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa.					
41	Ser puntual, es importante para nosotros.					
42	En casa podemos decir nuestras opiniones libremente.					
43	En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita.					
44	Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre.					
45	Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de mi familia.					
46	Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia.					
	<b>Qué miembro de la familia es el que la mayoría de las veces, o en mayor proporción realiza las siguientes actividades.</b>	<b>PAPÁ</b> (4)	<b>MAMÁ</b> (3)	<b>OTRA PERSONA DE SEXO MASCULINO</b> (2)	<b>OTRA PERSONA DE SEXO FEMENINO.</b> (1)	<b>TOTAL</b>
47	Tomar las decisiones más importantes.					
48	La comida.					
49	Sostener económicamente a la familia.					
50	Reprender a algún miembro de la familia cuando comete una falta.					
51	Revisar las tareas de los hijos.					
52	Hablar con alguno de la familia cuando no llega a la hora convenida.					
53	Arreglar los pequeños desperfectos de la casa (ejm. un foco fundido, una silla rota, una llave descompuesta, etc.).					
54	Enseñar hábitos higiénicos como lavarse los dientes, las manos, bañarse, enseñar a los niños pequeños a ir al baño, etc.					
55	Cuando alguien sale de la casa tiene que avisar a:					

---

56	¿Qué miembro de la familia es la persona más reconocida y tomada en cuenta?					
----	---	--	--	--	--	--



**CUESTIONARIO PARA DETECTAR LA DEPRESIÓN  
EN ESCOLARES MAYORES DE OCHO AÑOS Y ADOLESCENTES.**

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Pienso que los días que vienen serán agradables.			
2.- Siento ganas de llorar.			
3.- Tengo ganas de arrancar y escapar.			
4.- Tengo dolor de estómago.			
5.- Quiero salir a jugar fuera de casa			
6.- Duermo muy bien.			
7.- Tengo mucha energía.			
8.- Disfruto las comidas.			
9.-Puedo arreglármelas solo, valerme por mi mismo.			
10.- Creo que no vale la pena vivir			
11.- Me resultan bien las cosas que hago.			
12.- Disfruto lo que hago igual que antes.			
13.- Me gusta hablar con mi familia			
14.- Tengo sueños horribles.			
15.- Me siento muy solo.			
16.- Me animo fácilmente, me entusiasmo con facilidad.			
17.- Me siento tan triste que difícilmente lo soporto.			
18.- Me siento muy aburrido.			

Criterios para valorar el cuestionario: Puntaje por debajo de 13 se considera normal y por arriba del 13, habla de depresión y ésta será más severa a mayor puntaje.

Álvarez ME y col. Estudio exploratorio sobre una escala de auto evaluación para la depresión en niños y adolescentes. Rev. Chile Pediatr 1986; 21-25.