

Sintomas depressivos em adolescentes e a percepção da estrutura familiar*

Makilim Nunes Baptista**

Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas, caracterizadas pela perda do senso de controle, e uma experiência subjetiva de grande sofrimento, podendo-se observar perda de energia e interesse, dificuldade de concentração, perda de apetite, sentimentos de culpa, além de pensamentos sobre morte e suicídio. Todas essas variações comprometem a vida social, profissional e interpessoal do indivíduo (Kaplan & Sadock, 1993).

Os mesmos autores comentam que a incidência de depressão na população dos Estados Unidos é de 3% a 5%, porém o risco de depressão ao longo da vida é de 3% a 12% para os homens e 20% a 26% para as mulheres. A prevalência de transtornos afetivos em adolescentes é de aproximadamente 5%.

Segundo Brooks-Gunn & Petersen (1991), diversos são os fatores influenciadores da depressão na fase da adolescência; dentre eles podem-se citar fatores biológicos, sociais e cognitivos.

Para Windle (1992), a adolescência é um período da vida que envolve grandes mudanças e confrontações em vários níveis: a) mudanças biológicas (puberdade, aumento físico do tamanho); b) deveres psicossociais (criar relações íntimas com pessoas significativas, tomar decisões importantes); e c) mudanças no meio (transição do ginásio para o colégio).

O adolescente está inserido no meio familiar, onde aprende regras e formas de se comportar, sendo também influenciado por elas. De acordo com Papp (1992), a família pode ser vista como uma junção de crenças nucleares, trazidas pelos genitores, formando premissas e diretrizes na gênese de regras que guiam a criança ou o adolescente.

A família parece ser capaz de influenciar na transmissão de princípios morais, crenças nucleares, formas de pensar e avaliar os eventos, desenvolvimento da visão que o adolescente tem de si, do mundo e do futuro e, conseqüentemente, favorecer ou não atitudes e atuações deste no seu meio social, proporcionando ou não maior liberdade e capacidade de manipular as variáveis presentes no seu meio. A família também parece ter um papel fundamental no que diz respeito ao desenvolvimento de características pessoais e problemas de adaptação do adolescente à própria família, escola, amigos e relacionamentos nos diferentes meios sociais, bem como o desenvolvimento de transtornos de vários tipos, inclusive os depressivos.

Vários são os estudos que identificam a família como preditora de problemas psicossociais na adolescência, dentre eles: abuso de drogas e variáveis

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar como adolescentes com e sem sintomas clinicamente significativos de depressão e suas respectivas mães caracterizavam sua estrutura familiar, e se havia diferenças entre as estruturas familiares dos dois grupos. Foram sujeitos dois grupos de 6 adolescentes, com e sem depressão, e suas mães (mais dois grupos de seis), de uma escola estadual da Zona Leste de São Paulo. O instrumento utilizado para detectar a sintomatologia depressiva foi o Inventário de Depressão Infantil (CDI), e o instrumento para avaliar a estrutura familiar foi o Instrumento de Avaliação das Relações Familiares (PBI), além de um questionário abordando questões referentes à estrutura familiar, nível socioeconômico, uso de medicamento, luto e outras variáveis implicadas na depressão e no suporte familiar. Os resultados indicaram que, na perspectiva das adolescentes com sintomas clinicamente significativos de depressão, as mães são mais indiferentes e tenderam a ser menos carinhosas. As mães do grupo de adolescentes depressivas se denominaram mais superprotetoras.

UNITERMOS

Depressão; Suporte Familiar; Adolescência.

* Esta pesquisa é parte da Dissertação de Mestrado do autor, intitulada "Depressão e Suporte Familiar: Perspectivas de Adolescentes e Suas Mães", defendida em fevereiro de 1997 na PUC de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral.

** Mestre em Psicologia Clínica - PUCAMP e Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Paulista e Universidade Braz Cubas.

familiares (Denton & Kampfe, 1994); violência familiar associada à depressão, suicídio e abuso de álcool (Straus & Kantor, 1994; Oshiro, 1994); relação familiar associada com saúde mental e delinquência (Pedersen, 1994); funcionamento familiar e *performance* escolar (Masselam, Marcus & Stunkard, 1990), além de outros.

Com relação à estrutura familiar, os relacionamentos problemáticos na infância e adolescência contribuem para a aquisição de personalidades vulneráveis a todos os tipos de transtornos, dentre eles a depressão, além de gerar modelos insatisfatórios de relacionamentos adultos (Birtchnell, 1988).

Famílias intactas tenderam a favorecer maior estabilidade e amor para seus filhos do que famílias reconstituídas ou divididas. Parish & Necessary (1994) concluíram que estudantes vindos de famílias onde houve divórcio possuíam uma avaliação mais negativa de seus pais do que aqueles provenientes de famílias intactas. Da mesma forma, os pais provenientes de famílias intactas perceberam mais amor de suas esposas e deles próprios em relação aos filhos, do que os pais de famílias reconstituídas ou pais divorciados.

O suporte familiar, segundo Parker, Tupling & Brown (1979), pode ser compreendido abrangendo duas grandes classes importantes, ou seja, a dimensão carinho *versus* rejeição e indiferença, e superproteção ou controle *versus* a permissão para a autonomia e independência, dado aos adolescentes, pelos seus pais.

McFarlane, Bellissimo & Norman (1995) pesquisaram sobre funcionamento, estrutura familiar e bem-estar em adolescentes, concluindo que o estilo de funcionamento dos pais se correlaciona à depressão nos adolescentes. Utilizando o PBI, relataram que o carinho provindo de ambos os pais proporcionava bem-estar nos adolescentes. Pelo contrário, superproteção de ambos os pais estava relacionado com depressão.

Resultados semelhantes foram encontrados por Martin & Waite (1994), que também pesquisaram as relações entre estilo parental, pensamentos suicidas e depressão em 681 estudantes adolescentes. Adolescentes depressivos perceberam seus pais como fornecendo menos carinho e mais superproteção, assim como adolescentes com ideação suicida. As mães das adolescentes foram vistas como mais controladoras do que os pais (pai). O risco de depressão foi maior para adolescentes que perceberam seus pais dando maiores índices de carinho e superproteção.

Os mesmos autores questionaram se o suporte familiar influencia na etiologia e desenvolvimento da depressão, ou se a depressão acaba distorcendo a visão do adolescente sobre seu suporte familiar, sendo esta uma questão difícil de ser respondida.

Pode-se supor que a questão acima tenha coerência para ambas as afirmativas. A estrutura familiar pode ter uma grande influência em como o adolescente encara

a si mesmo (autoconceito, auto-estima) e as situações da vida (situações estressoras ou aversivas), favorecendo a etiologia e o desenvolvimento de transtornos depressivos. Da mesma forma, uma das características do adolescente depressivo pode ser a visão restrita e negativa dos eventos que o cercam, inclusive de sua estrutura familiar, o que pode não ser verdadeiro.

Um outro dado importante diz respeito à percepção que o adolescente tem de sua família. Em relação à percepção, Young (1994) realizou um estudo sobre a imagem interna que o adolescente, com algum tipo de patologia, possuía de sua família. Foi detectado que os adolescentes perceberam suas famílias como controladoras. Stewart et al. (1994) encontraram diferenças entre as percepções dos adolescentes e de seus pais nos processos familiares, onde os adolescentes perceberam menores níveis de comunicação e coesão familiar do que seus pais, o que indica que, possivelmente, estes são mais afetados com relação a mudanças na família, causados por eventos externos, ou têm percepções mais negativas que seus pais.

Rey (1995), utilizando o PBI, encontrou correlação apenas da dimensão carinho, e não da superproteção, em adolescentes depressivos, permanecendo esta relação inclusive para adultos depressivos e sua relação com a família.

Eisdorfer (1991) atenta para a importância de considerar alguns fatores da relação entre a família e o paciente, podendo ser este paciente o próprio adolescente depressivo. Dentre os fatores da relação, são citados: os desajustes interpessoais da família causados pelos problemas do paciente; o grau de organização e desorganização do sistema do suporte familiar; a expectativa da família sobre a cura; o grau de cooperação entre os membros da família; a dinâmica do paciente e da família; a dinâmica do casamento; eventos traumáticos que afetaram esta família no passado; recentes crises na vida de algum membro da família; a natureza da comunicação, as maneiras de se expressar, além das regras e comportamentos vigentes na estrutura familiar.

Assim, o principal objetivo do presente estudo foi investigar como os grupos das adolescentes, com e sem sintomas clinicamente significativos de depressão, descrevem o suporte familiar fornecido por suas mães, bem como as mães dessas adolescentes descrevem o suporte familiar fornecido às suas filhas.

Método

Sujeitos

Foram sujeitos da presente pesquisa 12 adolescentes e 12 mães. As adolescentes, de idade entre 14 e 18 anos,

não portadoras de doenças físicas ou deficiência mental, extraídas de uma população com renda familiar variando de inferior a dois salários até a renda superior a dez salários mínimos, e freqüentadoras de uma mesma escola pública em um bairro do Estado de São Paulo, e suas respectivas mães.

A amostra selecionada constituiu-se de adolescentes que, na ocasião da aplicação dos instrumentos, possuíam pais vivos; casados; morando juntos; moravam com até três irmãos no mesmo local; não relataram ninguém da família com sintomas de depressão; não tomavam nenhum tipo de medicamento/drogas na ocasião; não estavam de luto por um período de no mínimo três meses, além de não apresentarem nenhum tipo de problema de saúde ou terem sofrido intervenção cirúrgica no período de 2 meses.

Ficam então caracterizados dois grupos (adolescentes e mães), divididos em dois subgrupos (com e sem sintomas de depressão) cada. Desta maneira tem-se:

- Grupo Depressivo (GD): seis adolescentes de sexo feminino, com idade variando entre 14 e 18 anos, que apresentaram sintomas clinicamente significativos de depressão na ocasião da aplicação, de acordo com o Inventário de Depressão Infantil.
- Grupo Não Depressivo (GND): seis adolescentes de sexo feminino, com idade variando entre 14 e 18 anos, que não apresentaram sintomas clinicamente significativos de depressão na ocasião da aplicação, de acordo com o Inventário de Depressão Infantil.
- Grupo de Mães de Adolescentes Depressivas (GMD): seis mães, sem limite de idade, das adolescentes do grupo GD.
- Grupo de Mães de Adolescentes Não Depressivas (GMND): seis mães, sem limite de idade, das adolescentes do grupo GND.

Material

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados deste estudo foram três, e são descritos a seguir:

- a) Questionário Inicial de Identificação dos sujeitos
Este instrumento foi desenvolvido pelo pesquisador e utilizado para obter dados pessoais, sociais, médicos e familiares dos sujeitos, a fim de se controlar a amostra.
- b) Inventário de Depressão Infantil (CDI)
Este instrumento é derivado do Inventário de Depressão Beck e foi desenvolvido por Kovacs (1992), possui correlação total dos itens, consistência interna, fidedignidade no teste e re-teste, bem como validade aceitável. Avalia cinco dimensões relevantes dos sintomas de depressão, dentre elas:

Humor Negativo; Interpretação de Problemas; Ineficácia; Anedonia e Auto-Estima Negativa.

- c) Instrumento de Avaliação das Relações Familiares (PBI)

Este instrumento foi desenvolvido por Parker, Tupling & Brown (1979) e denominado Parental Bonding Instrument (PBI); mede especificamente quatro dimensões presentes no suporte familiar, dentre elas: superproteção; permissão de autonomia e independência (a dimensão foi intitulada de autonomia); rejeição e indiferença (indiferença) e, por último, carinho. Possui confiabilidade, consistência interna e foi validado na população da Austrália, especificamente em Sidney, além de poder ser aplicado em todas as classes sociais.

Para os autores, o suporte familiar é considerado ótimo quando houver altos índices de carinho e baixos níveis de superproteção.

Algumas modificações foram necessárias no instrumento original, devido à dificuldade que os sujeitos iniciais encontraram para respondê-lo, modificações estas relativas às frases, para evitar confusão de tradução, além das alternativas de respostas, que também se mostravam difíceis de ser compreendidas.

Foram desenvolvidas pelo autor duas versões do instrumento para serem aplicadas especificamente ao suporte fornecido pela mãe, já que este se dirigia a ambos os pais, e para a mãe responder ao suporte que fornecia à filha.

Procedimento

Foram aplicados 113 questionários de identificação, com o CDI, em três classes do colegial normal e três classes do Magistério pelo mesmo pesquisador, e o ponto de corte do Inventário de Depressão Infantil (T score) foi igual ou acima de 65.

Os sujeitos foram pareados pela faixa etária. As mães responderam o inventário de suporte familiar em suas residências, porém entregaram as respostas em envelopes lacrados para o pesquisador.

Resultados

A análise estatística foi realizada comparando os resultados do Instrumento de Avaliação das Relações Familiares (PBI) aplicado no grupo de adolescentes com sintomas clinicamente significativos de depressão (Grupo GD) vs. os resultados do PBI aplicado no grupo de adolescentes sem sintomas clinicamente significativos de depressão (Grupo GND).

Foi realizada também a comparação dos resultados do Instrumento de Avaliação das Relações Familiares (PBI) aplicado no grupo de mães de adolescentes com sintomas clinicamente significativos de depressão (Grupo GMD) *vs.* os resultados do PBI aplicado no grupo de mães de adolescentes sem sintomas clinicamente significativos de depressão (Grupo GMND).

Na seqüência foram realizadas outras duas comparações, sendo elas os resultados do Instrumento de Avaliação das Relações Familiares aplicado no grupo de adolescentes com sintomas clinicamente significativos de depressão (Grupo GD) *vs.* os resultados do grupo de mães das adolescentes com sintomas clinicamente significativos de depressão (Grupo GMD).

Foi utilizada para fazer as comparações a prova de Wilcoxon (Siegel, 1975), que é uma prova da análise da variância, extraída da estatística não paramétrica. Esta prova foi utilizada por não se saber qual seria a distribuição dos fenômenos estudados.

Na análise dos dados*** foi utilizado o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), que é um programa estatístico para Windows.

O nível de significância adotado foi de 0,05 e foram utilizadas hipóteses estatísticas. Portanto, tem-se H_0 como a hipótese nula, a hipótese da igualdade entre os grupos ou a hipótese onde não há diferença nas respostas dos grupos em relação ao suporte familiar, e H_a como a hipótese da diferença entre os grupos ou a hipótese que demonstra diferença entre a opinião dos grupos em relação ao suporte familiar.

Quanto à idade, ambos os grupos foram pareados; portanto, tanto o grupo GD quanto o grupo GND foram compostos de seis adolescentes cada, com as mesmas idades: três sujeitos com 14 anos (50%); um sujeito com 15 anos (16,6%); um com 17 anos (16,6%) e um com 18 anos (16,6%) em cada grupo.

Optou-se por ilustrar os resultados deste estudo através de gráficos de barras verticais contendo dois grupos comparativos. Os valores encontrados nos gráficos são as médias aritméticas dos valores atribuídos a cada resposta dada pelas adolescentes e/ou suas mães. Os gráficos referem-se às médias das dimensões do PBI.

Quanto maiores as colunas das dimensões, mais adequado será o suporte fornecido às adolescentes, segundo Parker, Tupling e Brown (1979), ou seja, quanto maiores as colunas (quanto mais o valor se aproximou do 3,0), maior será o carinho, menor a superproteção, maior a autonomia e menor a rejeição.

Os itens das dimensões Carinho e Indiferença são referentes a comportamentos das mães em relação às suas filhas, como: prazer e freqüência de comunicação verbal (com cordialidade); entendimento de preocupação e auxílio a problemas e necessidades da adolescente; expressão de emoções como carinho e afeto; expressão de sorrisos e elogios, além de suporte emocional em situações desconfortantes.

Os itens das dimensões Superproteção e Autonomia referem-se a: comportamentos de superproteção; cerceamento da privacidade; mimo; reforço de comportamentos de dependência; permissão para execução de atividades inúmeras; permissão de liberdade e auto-decisão; permissão para passeios e uso de objetos pessoais (como roupas).

A figura 1 demonstra os resultados do PBI, respondido pelos grupos GD e GND das adolescentes, avaliando o suporte fornecido pelas mães, segundo as médias de cada dimensão.

De acordo com a tabela 1, a dimensão observada como estatisticamente significante foi a Indiferença, e o valor encontrado na dimensão Carinho foi considerado limítrofe. Talvez esta dimensão poderia chegar a ser diferente se o número da amostra fosse maior. Já nas dimensões Superproteção e Autonomia, não foram encontrados valores estatisticamente significantes.

Os itens onde pode-se observar diferença estatística entre os dois grupos, na dimensão Indiferença, referiram-se à percepção e entendimento das mães sobre as necessidades da adolescente, capacidade em ajudá-la tanto quanto as filhas esperam e com relação a demonstrar amor, carinho e preocupação em relação à adolescente.

Na dimensão Carinho, não houve itens específicos que demonstraram diferença estatística; a diferença somente ocorreu na dimensão como um todo (soma dos itens).

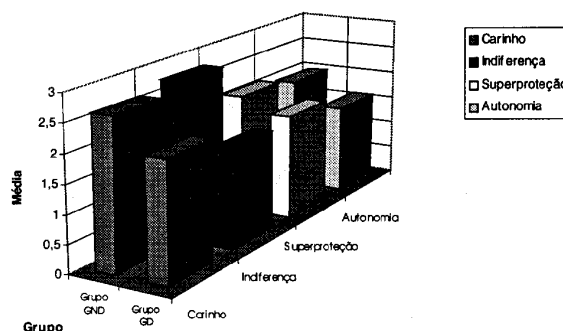


Figura 1 - Média das Dimensões do PBI - Respostas das adolescentes sobre o suporte que as mães fornecem, dos grupos GD e GND.

*** Agradecimentos ao Prof. Dr. Luiz Alberto Magna, do Departamento de Genética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo auxílio no tratamento estatístico dos dados aqui apresentados.

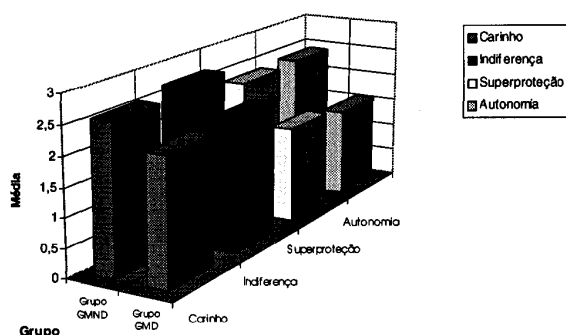


Figura 2 - Média das dimensões do PBI - Respostas das mães sobre o suporte que fornecem, dos grupos GMD e GMND.

Na figura 2 pode-se observar PBI, agora respondido pelos grupos de mães (grupos GMD e GMND), que avalia o suporte familiar que elas próprias fornecem para as filhas, apontando a média de cada dimensão do instrumento: carinho, indiferença, superproteção e autonomia.

A tabela 2 fornece as dimensões que obtiveram diferenças significantes no nível estatístico. Nenhuma dimensão foi estatisticamente significativa, porém a dimensão Superproteção tendeu a ser diferente.

O item que demonstrou diferença estatisticamente significativa na dimensão Superproteção foi referente à tentativa da mãe de fazer a filha dependente dela.

Também foram comparados os resultados do teste PBI respondidos pelos grupos GD e GMD, sendo que foi realizada a comparação da opinião do grupo GD sobre a estrutura provinda da mãe *versus* a opinião do grupo GMD, sobre a estrutura que fornecem para as adolescentes.

Esta comparação permitirá algumas hipóteses sobre a percepção que mães e filhas (Grupos GD e GMD) possuem sobre o suporte familiar, especificamente algumas análises sobre a possibilidade de as adoles-

centes com depressão (ou sintomas clinicamente significativos de depressão) possuírem uma visão diferenciada de suas respectivas mães, a respeito da estrutura familiar fornecida.

Como observado na tabela 3, nenhuma dimensão foi estatisticamente significativa, o que denota a não diferenciação das respostas de estrutura familiar apresentadas pelas adolescentes com sintomas clinicamente significativos de depressão e suas mães.

Mais uma vez, não houve itens isolados, dentro das quatro dimensões, que demonstraram alguma diferença estatisticamente significativa.

Discussão e conclusões

Um dos subprodutos desta pesquisa foi avaliar a ocorrência de sintomas clinicamente significativos de depressão nesta amostra de adolescentes, o que ocorreu com 5,3% dos sujeitos. Estes dados vêm confirmar outras pesquisas que apontaram porcentagens semelhantes (Kaplan e Sadock, 1993), apesar de nem sempre utilizarem a mesma metodologia. Baptista e Santos (1996) encontraram, em uma amostra de 51 adolescentes do sexo feminino, uma taxa de 7,84% de sintomatologia depressiva e Kashani, Ray e Carlson (1984) encontraram 4,7% de adolescentes com depressão maior em uma amostra de 150 adolescentes.

Talvez, como sugere Windle (1992), sendo a adolescência um período de grandes mudanças e conturbações, a sintomatologia depressiva pode ser entendida como uma reação a esta fase de desenvolvimento, que requer grandes reacomodações. Como esta pesquisa não pretendeu estudar a problemática de forma longitudinal, não foi possível detectar se a depressão, nestes casos, deu-se na forma de episódio depressivo ou de um transtorno depressivo. Pesquisas longitudinais são necessárias para avaliar a média de duração da depressão nos adolescentes, a fim de detectar o caráter passageiro ou não desta problemática na adolescência.

TABELA 1

Comparação das dimensões do PBI das respostas das adolescentes sobre o suporte fornecido pelas mães dos grupos GD e GND

Dimensão	Valor exato	Valor corrigido	Parâmetro
Carinho	0,0649 **	0,0618	0,05 < p < 0,10
Indiferença/Rejeição	0,0152 *	-	p < 0,05
Superproteção	0,3939	-	0,30 < p < 0,40
Autonomia	0,3095	-	0,30 < p < 0,40

* Valor estatisticamente significativo

* Valor limítrofe

TABELA 2

Comparação das dimensões do PBI das respostas das mães sobre o suporte fornecido para as adolescentes, entre os grupos GMD e GMND

Dimensão	Valor exato	Valor corrigido	Parâmetro
Carinho	0,1320	-	0,10 < p < 0,20
Indiferença/Rejeição	0,4848	-	0,40 < p < 0,50
Superproteção	0,0931**	0,0724	0,05 < p < 0,10
Autonomia	0,1797	-	0,10 < p < 0,20

** Valor limítrofe

TABELA 3

Comparação das dimensões do PBI das respostas das adolescentes sobre o suporte fornecido pelas mães vs. respostas das mães sobre o suporte que fornecem para as adolescentes, entre os grupos GD e GMD

Dimensão	Valor exato	Valor corrigido	Parâmetro
Carinho	0,4848	-	0,40 < p < 0,50
Indiferença/Rejeição	0,2403	-	0,20 < p < 0,30
Superproteção	0,6991	-	0,60 < p < 0,70
Autonomia	0,9372	-	0,90 < p < 1,0

Dentro do grupo de adolescentes depressivas, 83,3% dos sujeitos tiveram pensamentos suicidas, o que demonstra ser um dado alarmante, já que a tentativa de suicídio ou o próprio ato em si pode ter origem nestes pensamentos. É importante citar a necessidade de um melhor diagnóstico sobre a epidemiologia depressiva em adolescentes e, se necessário, a implantação de programas escolares que possam favorecer a atenção primária ou prevenção de transtornos depressivos, pensamentos suicidas e o próprio suicídio nessa fase de desenvolvimento.

Em relação às respostas do PBI, os resultados aproximaram-se dos encontrados por Rey (1995), ou seja, a principal diferença ocorreu em relação ao eixo Carinho/Indiferença. Os resultados também aproximaram-se parcialmente dos encontrados por Martin e Waite (1994), porém a dimensão Superproteção não foi apontada pelas adolescentes, somente por suas mães.

As mães de adolescentes com sintomas clinicamente significativos de depressão parecem dar menor atenção, comportamentos de cuidado, ser menos próximas e expressar em menor grau as emoções de afeto, carinho e amor do que as mães de adolescentes sem sintomas de depressão, ainda que tomadas as devidas precauções em relação ao tamanho da amostra estudada, bem como para com os instrumentos, que não foram adequadamente adaptados à realidade brasileira.

As respostas que as mães deram em relação ao suporte familiar que ofereciam às adolescentes

aproximou-se parcialmente aos estudos de Parker, Tupling e Brown (1979) e Wishman e Kwon (1992), que encontraram as mães como mais superprotetoras do que os pais (pai). Talvez este fato seja em decorrência de as mães de adolescentes depressivas terem maior probabilidade de defender suas filhas das consequências aversivas que possam vir a acometê-las.

Porém é muito difícil indicar a relação de causalidade entre a depressão e a estrutura familiar, pois tanto um sujeito depressivo dentro de uma família pode causar a desorganização desta, como o contrário pode ser também verdadeiro.

As percepções entre as adolescentes e suas mães não foram avaliadas como diferentes, o que demonstra maior probabilidade de os relatos de adolescentes e suas mães serem fidedignos. Esta posição contraria parcialmente os resultados de Parish e Necessary (1994), que encontraram diferenças nas percepções da estrutura familiar entre pais e filhos.

No Brasil, mais estudos devem ser realizados sobre as características da família, em termos de coesividade, comunicação, suporte emocional e estrutura, a fim de que seja traçado um panorama das características de famílias de diversas classes sociais e localizações. Somente conhecendo quem é o adolescente e como ele está sendo educado, é que poderemos saber o que fazer para evitar muitos dos transtornos que assolam principalmente os jovens brasileiros.

SUMMARY

The goal of this research was to study how adolescents with or without depression symptomatology and their mothers perceive the family support and if there were differences between these two groups. The subjects were two groups with six adolescents with or without depressive symptomatology and their respective mothers who studied in a public East Zone school in São Paulo (Brazil). The material used to detect depression was the Children Depression Inventory (CDI) and for the family support was Parental Bonding Instrument, and a questionnaire about family support, economic and social status, drugs use, sorrow and other variables implied on depression and family support. The results showed that in the depressive adolescents point of view, the mothers are more indifferent and tend to give less care. Mothers of depressive adolescent groups denominate themselves as more overprotectors.

KEY WORDS

Depression; Family Support; Adolescents.

Bibliografia

1. BAPTISTA, M. N. & SANTOS, A.M. Estudo Exploratório da Incidência de Depressão em Adolescentes. **Livro de Referências e Posters do 1º Simpósio Internacional: Depressão no Ciclo da Vida**: 438, 1996
2. BIRCHNELL, J. Depression and Family Relationships. A Study of Young, Married Women on a London Housing Estate. **British Journal of Psychiatry**, 153: 758-769, 1988.
3. BROOKS-GUNN, J. & PETERSEN, A. C. Studying the Emergence of Depression and Depressive Symptoms During Adolescence. **Journal of Youth and Adolescence**, 20 (2): 115-119, 1991.
4. DENTON, R.E. & KAMPFE, C.M. The Relationship Between Family Variables and Adolescent Substance Abuse: A Literature Review. **Adolescence**, 29 (114): 474-495, 1994.
5. EISDORFER, C. CAREGIVING: An Emerging Risk Factor for Emotional and Physical Pathology. **Bulletin of the Menninger Clinic**, 55: 238-247, 1991.
6. KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
7. KASHANI, J. H.; RAY, J. S. & CARLSON, G. A. Depression and Depressive-Like States in Preschool-Age Children in a Child Development Unit. **American Journal of Psychiatry**, 141(11): 1397-1402, 1984.
8. KOVACS, M. **Children Depression Inventory CDI Manual**. New York: Multi-Health Systems, Inc., 1992.
9. MARTIN, G. & WAITE, S. Parental Bonding and Vulnerability to Adolescent Suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 89 (4-6): 246 - 254., 1994.
10. MASSELAM, V.S.; MARCUS, R.F. & STUNKARD, C.L. Parent-Adolescent Communication, Family Functioning and School Performance. **Adolescence**, 25 (100): 725-737., 1990.
11. McFARLANE, A. H.; BELLISSIMO, A. & NORMAN, G. R. Family Structure, Family Functioning and Adolescent Well-Being: The Transcendent Influence of Parental Style. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 36 (5): 847-864, 1995.
12. PAPP, P. **O Processo de Mudança: Uma Abordagem Prática à Terapia Sistêmica da Família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
13. PARISH, T.S. & NECESSARY, R. Do attitudinal and Behavioral Ratings of Family Members Vary Across Familial Configurations? **Adolescence**, 29 (115): 649-652, 1994.
14. PARKER, G.; TUPLING, H. & BROWN, L.B. A Parental Bonding Instrument. **British Journal of Medical Psychology**, 52 (1): 1-10, 1979.
15. PEDERSEN, W. Parental Relations, Mental Health and Delinquency in Adolescents. **Adolescence**, 29 (116): 975-990, 1994.
16. REY, J. M. Perceptions of Poor Maternal Care Associated with Adolescent Depression. **Journal of Affective Disorders**, 34 (2): 95-100, 1995.
17. SIEGEL, S. **Estatística Não Paramétrica**. São Paulo: Mc Graw-Hill., 1975.
18. STRAUS, M. A. & KANTOR, G.K. Corporal Punishment of Adolescents by Parents: A Risk Factor in the Epidemiology of Depression, Suicide, Alcohol Abuse, Child Abuse and Wife Beating. **Adolescence**, 29 (115): 542-561, 1994.
19. STEWART, E.R.; MCKENRY, P.C.; RUDD, N.M. & GAVAZZI, S.M. Family Processes as Mediators of Depressive Symptomatology among Rural Adolescents. **Family Relations**, 43 (1): 38-5, 1994.
20. WINDLE, M. A Longitudinal Study of Stress Buffering for Adolescent Problem Behaviors. **Developmental Psychology**, 28 (3): 522-530, 1992.
21. WHISMAN, M. A. & KWON, P. Parental Representations, Cognitive Distortions, and Mild Depression. **Cognitive Therapy and Research**, 16 (5): 557-568, 1992.
22. YOUNG, D.W. Family Images of Adolescents: Clinical Application of an Empirical Method. **Family Therapy**, 21 (2): 117-127, 1994.

Endereço para correspondência

Makilim Nunes Baptista
Rua Itabaiana, 748
Mooca, São Paulo-SP
CEP 03171-010