



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**TESIS:**

**(FOLIO: 2010-2103-4)**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**PUEBLA, PUEBLA.**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
Y  
DEPRESIÓN INFANTIL”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN**

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. AGUSTIN CASTRO CORDOVA**

**PUEBLA, PUEBLA 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
Y  
DEPRESIÓN INFANTIL”**

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

**PRESENTA:**

**DR. AGUSTIN CASTRO CORDOVA**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. JOSE PEDRO LUIS LOPEZ MORA**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES EN PUEBLA**

**ASESOR METODOLOGICO DE TESIS**

**DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ**

**COORDINADOR CLINICO EN EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA U.M.F. No. 6  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

**DRA AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LOPEZ**

**MEDICO FAMILIAR**

**DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZÁLEZ**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**PUEBLA, PUEBLA 2010**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
Y  
DEPRESIÓN INFANTIL”**

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

**PRESENTA:**

**DR. AGUSTIN CASTRO CORDOVA**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACION  
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

PUEBLA, PUEBLA 2010

## 2.-INDICE GENERAL

1.- TÍTULO	1
2.- ÍNDICE GENERAL	4
3.-MARCO TEÓRICO	5
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5.- JUSTIFICACIÓN	19
6- OBJETIVOS	20
6.1 GENERAL	20
6.2 ESPECÍFICOS	20
7.- METODOLOGÍA	21
7.1 TIPO DE ESTUDIO	21
7.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	21
7.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	21
7.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR	25
7.6 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN	25
7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
8.- RESULTADOS	27
8.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	28
8.2 TABLAS Y GRÁFICAS	28
9.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	33
10.- CONCLUSIONES	35
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
12.- ANEXOS	40

### **3 MARCO TEORICO**

#### **DEPRESION INFANTIL**

La historia de la depresión infantil ha atravesado diferentes avatares. De ser intensamente cuestionada o negada, a ser considerada una de las más frecuentes causas de consulta psicopediatría.

Estas depresiones fueron descritas en 1945 por el psicoanalista René Spitz, Después de darse cuenta de que los niños recién nacidos abandonados en hospitales, generalmente huérfanos de la segunda guerra mundial, tenían complicaciones que se debían a la ausencia maternal. La comunidad científica sostuvo durante mucho tiempo que la depresión infantil no existía. Fue hasta 1975 que este trastorno fue aceptado por el Instituto Nacional de Salud Mental <sup>1</sup>

Existe un problema de neurotransmisión, con déficit en la función neurotransmisora de la serotonina, catecolamina, noradrenalina y dopamina.

El fenómeno puede ser causado por un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción de re captación por la primera neurona, una mala utilización por baja permeabilidad de los receptores de la segunda neurona, o un déficit de transmisión de esta misma.

Es razonable pensar que todos los mecanismos citados están involucrados, ya sea de forma primaria o secundaria. El estado actual de los conocimientos induce a pensar que sea cual sea el tipo de depresión, existe alteración Bioquímica<sup>2</sup>

Desde 1978 a través de los trabajos de Joaquín Puig Antich, se comprueba que las depresiones infantiles responden a similares parámetros biológicos que las depresiones de los adultos.<sup>3</sup>

Se entiende el término depresión como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y al parecer inmotivada, por lo tanto se le considera como una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones y ésta proteica exteriorización puede llevar a confusión a quienes no tengan claro el concepto.

La depresión infantil posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares. Entre los síntomas que se manifiestan se mencionan el desánimo, astenia inmotivada, irritabilidad, indecisión, sentimientos negativos acerca de uno mismo y la sensación de incapacidad y fracaso.

La carencia de afecto y la ausencia de la madre son las principales causa de este trastorno en los niños, ver a un niño con llanto continuo, desapego, ojos expresivos,

indiferencia por el entorno, sueño constante y extremo adelgazamiento son síntomas de que pasa algo. Muchos padres no prestan atención, dejan avanzar la situación y no saben que en el futuro podría convertirse en un estado crónico enfermizo si no se trata a tiempo.<sup>3</sup>

Ellos están sufriendo de depresión infantil. Un trastorno biológico de tristeza que podría presentarse desde el momento de nacer y, generalmente, sucede por falta de afecto o acompañamiento de la madre hacia su hijo<sup>3</sup>

La primera depresión que se podría manifestar en los niños se denomina hospitalismo. Surge en pequeños menores de seis meses muy enfermos que desde su nacimiento permanecen hospitalizados y sin compañía de su madre.

Según médicos psiquiatras infantiles, esta depresión se manifiesta en tres fases: primero de excitación: esta ansioso y busca estimulación. Después la del desapego: tiene momentos de tranquilidad e inhibición. Y, por último, la de letargo, en la que rechaza las relaciones personales, no duerme y pierde el contacto físico y visual.

Otra depresión que podría darse en ellos es la anaclítica, la cual es provocada después de los seis meses de edad por la falta de cariño y la ausencia de la madre. Sin embargo, esta depresión es reversible. Es decir, si se retoma el acompañamiento de ella, cesa rápidamente.

Generalmente este trastorno podría ocurrir hasta el año y medio de vida. Para evitarla lo recomendable es que, así la madre del pequeño no este presente, algún miembro de la familia le dé amor y compañía afirman los psiquiatras.

Estos síntomas pueden ser normales si no sobrepasan las dos semanas. Si la depresión anaclítica lleva más de 18 semanas, el niño probablemente entra en estado crítico y debe ser llevado donde un especialista, ya que podría desencadenar complicaciones irreversibles

Otra causa de la depresión anaclítica es que los infantes ven complicada su vida, cuando los padres les exigen compromisos difíciles de cumplir. Por ejemplo, exigirles aprender otro idioma, practicar deportes y competir, factores que podrían generar en ellos estrés a partir del año y medio hasta los cinco años, se genera la depresión preescolar. La mayoría de los infantes dejan de ir al colegio y rechazan las actividades escolares, son irritables y agresivos, los niños con depresión preescolar no se muestran tristes pero internamente lo pueden estar. El síntoma más evidente es que no soporta que le hablen y responden groseramente cuando se les pregunta algo.<sup>3</sup>

Los síntomas diferenciales de la depresión en la niñez son muy variados. Mi impresión es que la depresión en los niños se manifiesta a través de cualquier síntoma

que signifique un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad.

Expuesto de esta forma, vemos que cualquier síntoma que constituya consulta en psicología infantil puede ser debido a una depresión. Es por ello que el diagnóstico diferencial de las depresiones debería ser la asignatura más importante de quienes se dedican a la psiquiatría o la psicología infantil.

En la consulta empleamos el siguiente axioma: “cualquier trastorno emocional en un niño, mientras no se demuestre lo contrario, es debido a una depresión”.

A veces somos aún más estrictos: cualquier niño que entre por la puerta de nuestra consulta, es un depresivo a menos que demostremos lo contrario.

Cualquier trastorno emocional que se manifieste a través de síntomas en la conducta o en los aprendizajes, puede ser debido a una depresión.

Para profundizar en la confirmación de un diagnóstico sobre depresión infantil se realiza una entrevista con el niño para deducir su estado de ánimo. No nos debe asustar el hecho de plantear este tipo de preguntas a los niños o adolescentes porque, en general, acogen de buen grado las sugerencias acerca de asuntos que les preocupan pero que no son capaces de verbalizar, bien porque no encuentran las expresiones adecuadas, bien porque creen que no van a ser comprendidos por los adultos.<sup>4</sup>

Hoy es un hecho indiscutible que niños y niñas pueden tener depresión. Estadísticas nacionales revelan que entre un 4 y un 6 % de la población infantil ha desarrollado algún grado de depresión que se refleja en un conjunto de síntomas que por su cantidad, intensidad y duración, incide en el desarrollo normal de los niños.

Nos encontramos en la actualidad con niños que sufren trastornos psíquicos encubiertos, algunos de ellos son los llamados cuadros de depresión infantil con diferentes grados de severidad. Para que exista depresión, primero el niño tiene que haber conseguido la función psíquica de tristeza. Así pues, en edades de dos a cinco años es complicado distinguir lo que es depresión de lo que es el nacimiento de tristeza, la pena o la nostalgia.

Casi todo el problema de desajuste psíquico en los niños está impregnado de ansiedad y depresión de forma irregular e intercambiable. Pudiera estar provocada por factores externos al niño que le agreden de una manera directa o indirecta, o conflictos personales del niño más internos.



Pero detectar una depresión infantil no es fácil. Primero, por que la forma en que la depresión se manifiesta depende de la etapa de desarrollo, ya que puede aparecer en todas las edades. Un niño pequeño, por ejemplo, no podrá verbalizar lo que le sucede y se expresara mayormente a través de conductas de hiperactividad o retraimiento. En cambio, un niño más grande podrá a través de sus expresiones dar pistas más claras de lo que vive. Sin embargo, quienes pueden alertar mejor de una depresión infantil son los adultos más cercanos y significativos a los niños: padres y profesores. Por eso habrá que prestar atención a ciertos comportamientos que persisten e interfieren con su desenvolvimiento normal y no dejarse llevar por mitos como que “no les afecta” o “se les pasara con el tiempo”.<sup>5</sup>

¿Qué es la infancia? Cambios y edades.

En el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la madurez el niño pasa por etapas muy diferenciadas, por ello el personal médico debe conocer las diferencias que existen en los niños según su edad. Las edades no se presentan deslindadas en el tiempo sino que el niño pasa de una a otra de forma gradual. A estos periodos o edades se les denomina periodos de la infancia y sirven para agrupar a los niños según características físicas, fisiológicas, sociales y de comportamiento propias de cada edad, así como para, a través de estudios epidemiológicos, conocer los riesgos a los que el niño se enfrenta en cada una de estas etapas.

Estos periodos, a través de los cuales transcurre la edad pediátrica, son los que se exponen a continuación.

#### PERIODO INTRAUTERINO

Se inicia en la concepción y finaliza cuando el niño nace.

#### PERIODO NEONATAL

Comprende los 28 primeros días de vida, aunque en la práctica se denomina neonatos a los niños que se haya en el primer mes de vida.

#### PERIODO POSNEONATAL

También denominado periodo del lactante, comprende a los niños que han cumplido un mes hasta el final del primer año.

#### PERIODO DE LA PRIMERA INFANCIA O EDAD DE GUARDERÍA (DE 1 A 3 AÑOS)

El niño comienza la deambulaci3n, la locuci3n, una alimentaci3n completa y por imperativos socioecon3micos y laborales (incorporaci3n de la mujer al mundo laboral) y no por necesidades del ni1o en cuanto a su desarrollo social, su asistencia a una guarder3a.

#### PERIODO PREESCOLAR (DE 3 A 6 A1OS)

Es una 3poca de descubrimientos, ingenio y curiosidad en la que los ni1os aceptan los pactos y las soluciones intermedias. Es una edad relativamente f3cil y c3moda para los padres, ya que los ni1os dominan el control de esf3nteres, el auto cuidado y presentan una cierta independencia<sup>6</sup>.

Los porcentajes de depresi3n infantil detectados entre la poblaci3n general rondan en torno al 8-10%. Respecto a las causas de este trastorno, se encuentran las relacionadas con el car3cter y la propensi3n determinada por causas gen3ticas o fisiol3gicas. Y en las relacionadas con el ambiente, especialmente en el entorno familiar.

La inestabilidad emocional de los padres, la desavenencia en el seno de las familias, las rupturas y divorcios (actualmente se muestra un alto porcentaje en nuestro pa3s) hacen que el ni1o no se sienta querido. El ni1o elabora una relaci3n l3gica primaria: mis padres se quieren por tanto mis padres me quieren, si se rompe la primera proposici3n peligra la segunda, y la falta de amor el ni1o la percibe como una grave amenaza hacia su persona.

Seg3n datos publicados, el riesgo de depresi3n aumenta con la edad, especialmente con la pubertad, y entre las mujeres, aunque se han dado casos de depresi3n en beb3s de nueve meses. Los s3ntomas que se manifiestan en estos casos son fundamentalmente la tristeza, irritabilidad, rebeld3a, retraimiento, bajo rendimiento escolar, sue1o, dolores de cabeza, fatiga, falta de apetito, los mismos que en el adulto, pero es m3s dif3cil detectarlos. A veces se traducen en conflictividad y agresividad, que es la forma de llamar la atenci3n. El 60% de los suicidios infantiles se producen por una depresi3n, hay que tener en cuenta que un alto porcentaje de depresiones son transitorias y se curan espont3neamente. No todos los ni1os deprimidos son adultos deprimidos; pero si es cierto que casi todos los adultos deprimidos han sido ni1os deprimidos.<sup>7</sup>

La depresi3n se manifiesta con frecuencia en las clases sociales deprimidas, probablemente porque la sociedad de consumo crea expectativas que luego no pueden

realizarse. Sin embargo, este trastorno no tiene casi ninguna incidencia en las sociedades de los países subdesarrollados.

Los porcentajes detectados en varios países están en relación con su porcentaje de divorcios, pues esto trae consigo el abandono de los infantes.

Este tipo de trastornos se puede prevenir en el seno de la familia, pero si la depresión continua, se debe recurrir a un especialista. En cualquiera de los casos hay que tener presente que el niño aprende de lo que ve, de las reacciones que le rodean, por lo tanto otro problema que se ha acrecentado es el de la incorporación de la mujer al trabajo, las autoridades tendrían que solucionar el problema de horarios flexibles y bien pagados para permitir a las madres asistir a la etapa de formación más importante de sus hijos, que es durante los 18 meses de vida. Hay que tener en cuenta que la depresión es la enfermedad de la soledad<sup>8</sup>

Existen causas genéticas y familiares en su origen, pero también influye la adaptación al entorno por parte del pequeño, en este sentido se podría manifestar cuestiones desagradables escolares, malos resultados académicos, una relación deficiente con sus compañeros la cual no saben encarar.

Las ruptura de pareja, crisis matrimoniales y divorcios se presentan a menudo como el punto de partida de los episodios depresivos de la infancia.

Una patología con más incidencia en los menores en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, que al igual que la depresión infantil, tiende a confundirse en muchas ocasiones con las rabietas propias de la edad.<sup>9</sup>

Más de un 70% de los niños y adolescentes que padecen algún tipo de depresión o trastorno emocional no están diagnosticados correctamente y, por tanto, no reciben tratamiento, según datos extraídos de estudios realizados en Estados Unidos y que son extrapolables en España.

Hasta hace unos años ha habido una negación social a la existencia de la depresión infantil y entre otros, éste sería uno de los motivos del infra diagnóstico. Por lo tanto se afirma que la depresión en estas edades ha crecido hasta un 8% o 9% del conjunto de la población infantil.

Uno de los motivos principales de no llegar a realizar un diagnóstico es que los síntomas que presenta un niño son diferentes de los tipificados en el adultos, sobre todo porque los niños “no verbalizan” la depresión.<sup>10</sup>

Los expertos han establecido un protocolo de detección basado en cinco aspectos: niño buen estudiante que se vuelve desafiante y difícil; niño que muestra “fobia escolar”; preocupaciones vinculadas a desastres y la muerte; desmoralización y falta de “diversión”, y quejas constantes con síntomas físicos que provocan continuas visitas al Especialista pueden estar cursando con depresión.

Entre un 20% y un 50% de niños y adolescentes que padecen depresión o trastornos emocionales tienen una historia familiar de depresión. Si además, son hijos de padres con depresión, aumenta hasta un 50% la posibilidad de padecerla. Otras causas son factores psicosociales, experiencias adversas en la infancia y la interacción genética y ambiental.<sup>11</sup>

En un número considerable de casos, la depresión inicia en los primeros años y persiste hasta la edad adulta, por ello la detección precoz es clave, dando el tratamiento psicológico o bien, un tratamiento farmacológico que es eficiente a esta edad.

La información concerniente a la incidencia de la depresión entre los niños saludables es de carácter limitada. Un estudio en niños que asisten a la consulta pediátrica, mostró que 38% tuvieron problemas que requieren de una intervención mayor por parte del psiquiatra. Otro estudio que constó con la presencia de niños entre las edades de 7 a 12 mostró incidencia de depresión de 1.9 %. Si esto se aplica a la población general de Estados Unidos, los resultados muestran que 40,000 niños de esas edades están deprimidos. Los maestros han estimado que entre 10% a 15% de sus alumnos están deprimidos. La Comisión Conjunta sobre Salud Mental Pediátrica indica que 1,4 millones de niños por debajo de los 18 años de edad, necesitan de ayuda inmediata por trastornos como la depresión; solo una tercera parte de estos niños recibe ayuda por estos trastornos.<sup>12</sup>

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

Los instrumentos de evaluación de la **DI** varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que pretenden medir. Así, cuando se quieren medir las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test pictórico, y otros. Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta se hace observación de conductas, registro de conductas, y aplicación del juego infantil.

La evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil se lleva a cabo con análisis y pruebas objetivas de los elementos físicos que se han mostrado relacionados con ella. Así tenemos pruebas de carácter endocrino, como la determinación de los niveles de cortisol y la hormona de crecimiento. Pruebas como el electroencefalograma EEG (sobre todo durante el sueño) y el electromiograma EMG (relacionado con la musculatura facial implicada en la expresividad).<sup>13</sup>

Cuando se revisa la literatura especializada, se define con toda evidencia que los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la **DI** son fundamentalmente dos: el Child Depression Inventory CDI (Kovacs y Beck,1977) y el Child Depression Scale CDS (Tisher y Lang,1974). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de M. Kovacs CDI de 1992.

Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida, por todo ello es conveniente pasar el cuestionario dos veces.

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia. Así como también la entrevista a los maestros y compañeros de clase.<sup>14</sup>

Escala de Birlson (depresión Self Rating Scale, DSRS) fue diseñada para la cuantificación de la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta del tratamiento.

La validación de la escala fue realizada en un estudio realizado por De La Peña y colaboradores en 1996, aplicando escala a 349 adolescentes de 13 a 19 años, agrupados en dos poblaciones; la primera fue la población clínica constituida por 138 sujetos y la segunda fue la población abierta a 211 sujetos.

La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose una población clínica máxima varianza con un valor alfa de 0.85 y para el grupo de población abierta con valor alfa de 0.77. Utilizando un punto de corte de 15 se obtuvo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 81%.

La Escala de Birlson es unidimensional, ya que solo mide el constructo teórico depresivo, es un instrumento sencillo y auto aplicable, que tiene tres alternativas de respuesta: siempre, algunas veces y nunca. Consta de dieciocho reactivos, cada uno puede obtener una puntuación de 0-2, siendo la máxima calificación de treinta y seis.

Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0-2 (reactivos 1,2, 4, 7, 8, 9, 11,12,13,16) y los ocho reactivos restantes se califican de 2-0. El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 a 10 minutos.<sup>15</sup>

#### Funciones de la familia.

En general se reconoce que la familia es la institución social básica, dentro de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. La homeostasis familiar depende en gran medida del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes.

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas.<sup>16</sup>

Las funciones específicas de la familia pueden resumirse como las siguientes.

- Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.
- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.
- Favorecer el desarrollo de la identidad familiar, que asegure la integridad psíquica y que facilite el adiestramiento en las tareas de participación social y el afrontamiento de nuevas experiencias.
- Moldear el papel sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, que favorezca a su vez, la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.
- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, a fin de garantizar la supervivencia de la especie.
- Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.

- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.<sup>17</sup>

### **PROCEDIMIENTOS PARA VALORAR LA FUNCIÓN FAMILIAR.**

Se han intentado varios modelos y procedimientos para valorar el funcionamiento familiar, dentro de los cuales tenemos.<sup>11</sup>

- 1.-Índice de función familiar (Pless y Satterwhite).
- 2.-Escala de evaluación familiar. (Beavers y Timberlawn).
- 3.-Clasificación triaxial de la familia (Tseng y Mc Dermott).
- 4.-Guía de Mc Master.
- 5.-Escala de Holmes (Thomas Holmes).
- 6.-Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar (Espejel et al).
- 7.-Apgar familiar (Smilkstein).
- 8.-Círculo familiar (Thrower, Bruce y Walton).
- 9.-FACES III (David H. Olson).<sup>18</sup>

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia.

La familia se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales de la educación y el desarrollo afectivo, puede manifestarse a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en sus integrantes. La familia no es capaz de cumplir las tareas de cuidado, afecto, socialización, status y reproducción de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo<sup>19</sup>

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Por lo tanto la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la

familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

El Apgar Familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y es útil para identificar familias en riesgo.

Dicho instrumento se ha validado en diferentes comunidades: norteamericanas, asiáticas e hispanas. Fue creado por el Doctor Gabriel Smilkstein de la universidad de Washington, Seattle en 1978.

Su validación inicial se efectuó para establecer correlación con un instrumento previamente utilizado Ples/-Satterwhite family function index, la validación mostró una correlación de 0.80 entre Apgar/-Satterwhite family function index y 0.64 entre Apgar/estimación de psicólogos. Después de esta primera evaluación, el apgar familiar se evaluó en múltiples investigaciones.<sup>20</sup>

El Apgar Familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.<sup>21</sup>

#### DEFINICION DE LOS COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

A.- ADAPTABILIDAD (adaption) o apoyo y solidaridad: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

B.- PARTICIPACION ( partnership) o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

C.- CRECIMIENTO ( growth) capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.

D.- AFECTO (affection) capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.



E.- RESOLUCION ( resuelve) capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.<sup>22</sup>

¿Qué estudios previos existen sobre funcionalidad familiar y depresión infantil?

Los problemas de salud mental, en particular los trastornos depresivos, son un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo por su alta prevalencia y el grado de discapacidad que producen. Los trastornos psiquiátricos afectan especialmente a las mujeres y en particular a las de estratos socioeconómicos más bajos. Uno de los hallazgos más consistentes de la epidemiología psiquiátrica es que las mujeres tienen un riesgo casi dos veces más alto que los hombres de sufrir trastornos depresivos. Las razones para explicar este fenómeno no son del todo claras. En los Estados Unidos de Norteamérica se ha calculado que 5% a 14% de las mujeres tendrán un episodio depresivo en algún momento de su vida, en comparación con 2% a 4% de los hombres. El estudio epidemiológico llevado a cabo en la población adulta del Gran Santiago por Araya y colaboradores, informó 8% de prevalencia de episodio depresivo en las mujeres y 2,7% en los hombres. Al comparar los resultados de esta investigación con los de las ciudades del *Great Britain National Survey of Psychiatry Morbidity*, se encuentra que la diferencia entre los sexos es significativamente más marcada en Chile, mostrando un mayor riesgo relativo de la mujer chilena en comparación con la británica.<sup>23</sup>

Las diferencias en la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres se encuentran en distintas culturas y se ha demostrado que ésta comienza alrededor de los 13 a 15 años y se mantiene a través de la vida. Existe un aumento significativo de la incidencia de depresión en la mujer durante los años en edad fértil, disminuyendo después de los 45 años. Por lo tanto, los efectos negativos de la depresión de la mujer en el funcionamiento familiar impactan en la etapa más sensible de la crianza de los hijos.<sup>24</sup>

Un número importante de estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, han demostrado que los hijos de padres depresivos tienen el doble de riesgo de desarrollar tanto una depresión como otros trastornos psiquiátricos y menor funcionamiento social. Los trastornos que se observan en los hijos varían de acuerdo a la edad: en los niños en edad escolar predominan los trastornos de conducta y ansiosos, en los adolescentes se observa depresiones, en los adultos jóvenes abuso de sustancias y depresiones en la adultez.

En Santiago, se ha estudiado la salud mental de población escolar básica (6 y 11 años), encontrando una prevalencia de 15% de problemas emocionales y conductuales.

En familias pobres de Santiago se encontró una asociación entre características psicológicas maternas y riesgo de salud de sus hijos, proponiendo incluir en los programas de salud infantiles la salud mental de las madres. Sin embargo, en nuestro país no se ha estudiado específicamente la salud mental de hijos de mujeres deprimidas.

El objetivo de esta publicación es describir la salud mental de hijos de madres deprimidas y de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, que consultan a servicios de salud de atención primaria. Los resultados aquí expuestos son parte de un ensayo clínico aleatorio que evalúa la efectividad de un tratamiento farmacológico monitorizado mujeres deprimidas que consultan a la atención primaria y que viven con hijos en edad escolar<sup>25</sup>

#### **4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Se afirma que la depresión ha crecido hasta en un 8% o 9% en la población infantil y se ha llegado a considerar que irá en aumento por el cambio de patrones a nivel familiar.

La Comisión Conjunta sobre Salud Mental Pediátrica indica que 1.4 millones de niños por debajo de los 18 años, necesita ayuda inmediata por trastornos de la depresión; pues solo una tercera parte de estos recibe ayuda y atención.

Esto se debe en gran medida a la disfunción familiar que se presenta con mayor frecuencia en nuestra sociedad, debido al rompimiento del núcleo formado por la familia, por lo tanto existe un mayor índice de trastornos que producen la depresión infantil<sup>27</sup>.

La disfunción familiar se presenta por varias causas, separación de padres, madres solteras, hijos en guarderías desde su nacimiento, abandono de los padres, maltrato físico y psicológico, por mencionar las más relevantes, pues recordemos que la depresión es la enfermedad de la “soledad “.Por lo tanto, nosotros como Médicos Familiares, dando soluciones al problema podemos incidir sobre las familias en la consulta diaria, dando pláticas sobre maltrato físico en niños y adolescentes y abandono de los mismo por sus padres, que son las posibles causas de la depresión.<sup>28</sup>

Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Funcionalidad Familiar de los niños con Depresión de la Unidad de Medicina Familiar no. 78 del IMSS.?

## **5 JUSTIFICACIÓN**

La preocupación por el aumento en la frecuencia con la que se presentan casos de depresión y ante la disminución de la edad de las personas que padecen este tipo de problema, surge la necesidad de estudiar el fenómeno en la población infantil. Es por ello el interés y la razón por la cual realizar el proyecto de investigación en niños que acuden a consulta, para detectar si hay o no depresión en ellos, para identificarla tempranamente y tomar medidas preventivas, haciendo del conocimiento a los padres y la relevancia del seguimiento en el tratamiento.

La depresión justifica por si misma un estudio de estas características ya que es uno de los problemas psicológicos que con mas frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual. De hecho se ha llegado a concluir que cerca del 8% de la población sufre este trastorno. Mientras que aproximadamente el 20% de las personas que acuden a consulta médica tienen depresión (aunque no sea necesariamente éste un motivo de consulta).

Existe un fuerte impacto biopsicosocial generada por esta enfermedad en México, además que existe una escasez de estudios en donde se reconozcan la asociación entre la depresión infantil y la funcionalidad familiar en nuestra población, por lo que considero necesario realizar este estudio.<sup>26</sup>

## **6 OBJETIVOS:**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación entre Funcionalidad Familiar y la presencia de Depresión Infantil en los niños de la U. M. F. No. 78 del IMSS, Ahuazotepec, Puebla.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Identificar la edad mas frecuente en que se presenta la Depresión Infantil en la población de la UMF no. 78 del IMSS.

Identificar el sexo mas frecuente en que se presenta la Depresión Infantil en la población de la UMF no. 78 del IMSS.

Identificar la escolaridad mas frecuente en que se presenta la Depresión Infantil en la población de la UMF no. 78 del IMSS.

Identificar la escolaridad de los padres de los niños que presentan Depresión Infantil de la UMF No. 78 del IMSS..

Identifiacar el estado civil de los padres de los niños que presentan Depresión Infantil de la UMF No. 78 del IMSS..

Identificar el nivel socio-económico de las familias de de los niños que presentan Depresion Infantil de la UMF No. 78 del IMSS.

Determinar la Funcionalidad Familiar de los niños que presentan Depresion Infantil de la UMF No. 78 del IMSS..

## **7 MATERIAL Y METODOS:**

### **7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y prolectivo

### **7.2 UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO**

La presente investigación se llevara a cabo en las familias con niños entre 6 y 10 años que acudan a la consulta externa de la U.M.F. No. 78 del I.M.S.S. Puebla en el periodo del 1 de Febrero al 30 de Abril del 2010.

### **7.3 MUESTREO**

#### **7.3.1 UNIDAD DE POBLACION**

Población infantil entre 6 y 10 años que acudan a consulta externa de la UMF No. 78 del IMSS en el periodo del 1 de Febrero al 30 de Abril del 2010.

#### **7.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Toda la población infantil de 6 a10 años que reúna los criterios de selección

### **7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.**

#### **7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.**

Toda la Población infantil de 6 a10 años que se encuentre adscrita ala UMF No. 78 del IMSS Puebla y que acudan a consulta externa en el periodo del 1 de Febrero al 30 de Abril del 2010.

Población infantil en que los padres o tutores acepten participar en la investigación.

#### **7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Población infantil adscrita a otra UMF.

Y población infantil no derechohabiente.

#### **7.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION**

Padres o tutores que al realizar la encuesta ya no deseen participar.

### **7.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO**

Se realizara una selección de la muestra de tipo deterministico.

### **7.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Será el total de niños que acudan con sus padres o tutores en el periodo de estudio señalado.

## **7.7 DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION:**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

**EDAD:** Definición biológica: Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.

**GENERO:** Se relaciona con los roles que juega el individuo (hijo, hija, novia, novio) y las normas de comportamiento dictadas para esos roles.

**ESTADO CIVIL:** Condición de soltería, matrimonio, viudedad, de una persona. También es la situación de las personas físicas, determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

**ESCOLARIDAD:** Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO:** El nivel socioeconómico se define como la estratificación de los hogares urbanos (Ciudades de 50.000 habitantes o más). Es una característica de cada hogar relativamente estable a través del tiempo. Se asume que todos los miembros de la familia dentro de un hogar, pertenecen a la misma clase social.

### **DEPRESIÓN INFANTIL:**

Es una enfermedad orgánica. Muchos de sus síntomas son psíquicos, pero otros afectan a la esfera física. Además se entiende por depresión como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y al parecer inmotivada.

### **FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

La familia se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo, puede manifestarse a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en sus integrantes. La familia no es capaz de cumplir las tareas de cuidado, afecto, socialización, estatus y reproducción de acuerdo a la etapa del ciclo vital que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

**EDAD:** Los años que refiera la madre, el padre o tutor del niño en el momento de la encuesta.

**GENERO:** Masculino o femenino encuestado

**ESTADO CIVIL:** El que menciona la madre, el padre o el tutor al momento de la encuesta:

**ESCOLARIDAD:** El nivel de estudios que refiera la madre, el padre o tutor en el momento de encuestarlo.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO:** El que resulte de aplicar la escala de Graffar al padre, madre o tutor y es: Alto, Medio Alto, Medio bajo, Obrero y marginal.

## **DEPRESIÓN INFANTIL:**

Según Lang y Tisher (1963), La DI. Es una respuesta humana de carácter normal que puede variar en cualitativa y cuantitativa, que se encuentra en niños y niñas y que es de especial relevancia en muchos grupos con problemas psiquiátricos. También puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño(a)

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

Considerada como la dinámica relacional interactiva y sistémica, que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.



## 7.8 VARIABLES Y ESTILOS DE MEDICION

VARIABLE	TIPO	ESCALA	VALORES
EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	La anotada en la encuesta de niños en años cumplidos: 6,7,8,9,10.
GENERO	CUALITATIVA	NOMINAL	La anotada en la encuesta: Masculino, femenino
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	La anotada en la encuesta para padres: Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo.
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	La anotada en la encuesta para padres: Analfabeta, primaria, Secundaria, bachillerato, licenciatura.
NIVEL SOCIECONOMICO	CUALITATIVA	ORDINAL	De acuerdo a escala de Graffar Bajo nivel Nivel medio Nivel alto
DEPRESION INFANTIL	CUALITATIVA	NOMINAL	De acuerdo a escala de Birleson: Depresión (igual o mayor a 15 puntos), Ausencia de Depresión (menor a 14 puntos)
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CUALITATIVA	ORDINAL	De acuerdo a escala de Apgar Familiar en Disfunción Severa 0 a 3 Disfunción Moderada 4 a 6 Familia Funcional 7 a 10.

## **7.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se aplicarán encuestas que indaguen variables sociodemográficas, Apgar Familiar para valorar Funcionalidad Familiar, el Método de Graffar para Nivel Socioeconómico al padre, madre o tutor de los niños que cumplan los criterios de inclusión, además de aplicar el test para Depresión Infantil de Birleson al infante, previa autorización de su acompañante; dichos cuestionarios se les aplicara de forma verbal y el investigador ira llenando cada uno de ellos.

a).-Se iniciará aplicando él o los instrumentos de medición del fenómeno en estudio a un grupo pequeño de personas para hacer los ajustes al mismo, esto es, como estudio piloto inicial.

b).-Se procederá a solicitar autorización a las autoridades de la UMF para llevarlo a cabo.

c).- Una vez obtenida dicha autorización, se procederá a identificar por medio de citas programadas a los niños que cumplan los criterios de inclusión, solicitándole al padre o a la madre que acuda a consulta de Medicina Familiar y que tenga algún hijo entre 6 y 10 años, su autorización por medio del Consentimiento Informado por escrito, para poder aplicar los cuestionarios correspondientes, con un tiempo estimado de 5 a 10 minutos para obtener la información respectiva.

## **7.10 ANÁLISIS DE DATOS**

Se aplicara  $X^2$  para poder demostrar la existencia de relaciones, asi como estadística descriptiva.

## **7.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Los procedimientos se ajustan a las Normas Éticas Institucionales contempladas en la Declaración de Helsinki: Modificación en el Congreso de Tokio, Japón en 1983.

En el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de experimentación en seres humanos, y en el Instructivo para la Operación de la Comisión de Investigación del I. M. S. S.

Este estudio se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizará hasta que haya sido aprobado por el Comité Local de Investigación.

El código bioético del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la

observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto.

El médico familiar asume, por su parte, que la relación que establece con las personas que demandan sus servicios ,así como la que debe tener con otros profesionales de la atención a la salud y, en su caso, con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la medicina familiar y de la investigación en el área se fundamenta, en principio, en el respeto a la dignidad humana, entendida como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y volitivo con facultades y capacidades que lo diferencian de los demás seres de la biosfera.

La medicina familiar reclama así del profesional su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo la observancia de actitudes morales como el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral, que se sustentan en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como en valores fundamentales como la vida digna, la salud, la libertad con responsabilidad y la equidad. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

## 8. RESULTADOS

### 8.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

De la investigación realizada de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se estudiaron 100 niños, con edades de 6 a 10 años de la U.M.F. No. 78 del I.M.S.S. de la población de Ahuazotepec, Puebla a los cuales se les aplicó Test de Birleson.

Se llevó a cabo el estudio del 1 de Febrero de 2010 al 30 de Abril del 2010 en la UMF No. 78 de Ahuazotepec, Puebla, se estudiaron a 47 hombres y 53 mujeres. (Tabla 1)

Tabla 1.- Sexo de los niños  
Unidad de Medicina Familiar No. 78 Ahuazotepec, Puebla.  
Febrero – Julio 2010  
n=100

Sexo	f	%
Hombre	47	47
Mujer	53	53
Total	100	100

Fuente: Encuesta específica Nivel socioeconómico de Graffar

La edad promedio fue de 7.81 años (rango de 6 a 10 años) en niños y de 8.3 años (rango de 6 a 10 años) en niñas, respectivamente. (Tabla 2)

Tabla 2.- Edad de los niños  
 Unidad de Medicina Familiar No. 78 Ahuazotepec, Puebla.

Febrero – Julio 2010

n=100

Edad (años)	f	%
6	21	21
7	21	21
8	20	20
9	15	15
10	23	23
Total	100	100

Fuente: Encuesta específica Nivel socioeconómico de Graffar

El estrato socioeconómico de los niños en su mayoría son de familia obrera (73%) de los casos. (Tabla 3)

Tabla 3.- Estrato socioeconómico de los niños  
Unidad de Medicina Familiar No. 78 Ahuazotepec, Puebla.

Febrero – Julio 2010

n=100

Nivel Socioeconómico	f	%
Marginal	2	2
Medio Alto	4	4
Medio Bajo	21	21
Obrero	73	73
Total	100	100

Fuente: Encuesta específica Nivel socioeconómico de Graffar

El 44% de los padres están casados y 54 % viven en unión libre.  
(Tabla 4)

Tabla 4.- Estado civil de los padres de los niños  
 Unidad de Medicina Familiar No. 78 Ahuazotepec, Puebla.  
 Febrero – Julio 2010  
 n=100

Estado Civil	f	%
Solteros	2	2
Casados	44	44
Unión Libre	54	54
Total	100	100

Fuente: Encuesta específica Nivel socioeconómico de Graffar

El 55% de las familias de los niños estudiados son funcionales ,  
 disfunción severa 24% . (Tabla 5)

Tabla 5.- Funcionalidad de las familias de los niños  
 Unidad de Medicina Familiar No. 78 Ahuazotepec, Puebla.  
 Febrero – Julio 2010  
 n=100

Función Familiar	f	%
Familia Funcional	55	55
Disfunción Moderada	21	21
Disfunción Severa	24	24
Total	100	100

Fuente: Apgar Familiar

La depresión fue medida con el instrumento Escala de Birleson con alta validez y confiabilidad, detectando depresión en 13 % (13 casos) de los niños, la mayoría tienen entre seis y siete años de edad. (Tabla 6) La disfunción familiar severa se dio en 24 casos, incluyendo a niños con y sin depresión. (Tabla 7)



Tabla 6.-

## Depresión en los niños

Unidad de Medicina Familiar No. 78 Ahuazotepec, Puebla.

Febrero – Julio 2010

n=100

Edad/Escolaridad	Sin depresión		Con depresión	
	f	%	f	%
Seis años/ Primero Primaria	16	16	5	5
Siete años/ Segundo Primaria	16	16	5	5
Ocho años/ Tercero Primaria	20	20	0	0
Nueve años / Cuarto primaria	15	15	0	0
Diez años / Quinto primaria	20	20	3	3
Total	87	87	13	13

Fuente: Apgar Familiar

Tabla 7.- Funcionalidad familiar y depresión en los niños  
 Unidad de Medicina Familiar No. 78 Ahuazotepec, Puebla.  
 Febrero – Julio 2010  
 n=100  $\chi^2$   $p < 0.003$

Funcionalidad Familiar	Sin depresión		Con depresión	
	f	%	f	%
Funcional	54	54	1	1
Disfunción Moderada	17	17	4	4
Disfunción Severa	16	16	8	8
Total	87	87	13	13

Fuente: Apgar Familiar

## 9. DISCUSION

Tradicionalmente los niños con problemas de conducta, estado de ánimo y comportamiento, fueron considerados como niños problema ,sobre todo a nivel escolar. Que en muchos de los casos no son diagnosticados los problemas que presentan, considerando que no tienen ningún problema de salud.

Por otro lado y debido a el secretismo prevalente en las familias mexicanas, los aspectos de su funcionalidad no son identificados o detectados, creyendo que no influye sobre la conducta de sus miembros, sean niños o adultos.

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales como la depresión, ansiedad , problemas de conducta se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad , discapacidad y muerte, así como los problemas derivados de la no funcionalidad familiar.

El presente estudio reporta al igual que otros , la asociación de las familias disfuncionales con la ocurrencia de depresión en niños a diferencia de aquellos con límites familiares claros.

El instrumento utilizado para la detección de la depresión en la población estudiada, ya que fue fácil de aplicar a los niños, es comprensible para ellos y pronta respuesta, por lo que se recomienda su uso para quienes estén interesados en emplearlo.

La frecuencia de depresión en nuestro estudio fue del 13%, inferior a la reportada por Leyva-Jiménez, 2006, y otras series, sin embargo la mediana de edad fue de 15 años, a diferencia de nuestro estudio que fue de 7 años.

Es importante mencionar el tipo de instrumento para estimar la presencia de depresión, ya que puede existir sesgo de estimación.

Como se ha reportado en la literatura, se observó mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino que el masculino, que en muchas revisiones se ha considerado como un factor de riesgo clínicamente importante para la aparición de depresión. Se ha reportado que la mujer esta formada según modelos y patrones, que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.

Escriba y colaboradores reportan que las variables familiares más relacionadas son la disfunción familiar(OR = 4.27 para disfunción leve y OR=14.44 para disfunción grave), así también menciona el número de hermanos (OR = 0.56), lo que indica que a mayor número de hermanos (tres o más ) existe menor probabilidad de presentar síntomas depresivos, esto difiere de lo encontrado por Moreno y en éste estudio ésta variable no fue captada, al igual que otras variables, siendo una debilidad del estudio, ya que se hubiera permitido comparaciones y tener un sustento más sólido en torno a los factores familiares que se asocian con depresión en el niño.

Es importante mencionar que el estudio fue transversal, y con estos resultados solo se puede afirmar que existe una asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar.

Las investigaciones futuras están encaminadas a explorar la correspondencia entre el diagnóstico y la psicopatología de los padres, y determinar como es la relación y apego padre e hijo.

## **10. CONCLUSION**

La disfunción familiar se asocia con la presencia de depresión en niños , independientemente del estrato socioeconómico, el nivel académico más afectado fueron los de primero y segundo años y en segundo lugar los de quinto grado, la depresión se presentó en niños con edad promedio de de 7.3 años .

Esto nos lleva a tomar medidas inmediatas, con un abordaje multidisciplinario , de tal forma que en el primer nivel de atención, se pueda revertir oportunamente el problema sobre todo en niños de menor edad que tiene un alto riesgo , y prevenir complicaciones que ponen en riesgo la vida del niño, ya que si no se mejora la funcionalidad familiar la probabilidad de que un niño tenga depresión es alta.

Numerosos programas preventivos en las Unidades de Medicina Familiar van enfocados a evitar enfermedades infecto-contagiosas y crónico degenerativas, muy poco se ha tomado la participación de la salud mental.

El incremento de la depresión, puede llegar a representar un problema de salud pública al que más tarde se tenga que enfrentar.

El objetivo general fue determinar la relación entre funcionalidad familiar y la presencia de Depresión Infantil en los niños de la U.M.F. No. 78 del IMSS Ahuazotepc, Puebla, para lo cual se uso chi cuadrada en una tabla de contingencia y apartir de ella se determinó que éstas dos variables son dependientes de acuerdo al programa SPSS.

A la estadística descriptiva, el sexo más frecuente en que se presenta la Depresión Infantil en la población de la UMF No. 78 fue en las niñas en 8 de 13 niños con depresión, pero no hay diferencia significativa entre el sexo y la depresión, la chi-cuadrada es de 0.50.

La escolaridad más frecuente en que se presenta la Depresión Infantil en la población de la UMF No. 78 del IMSS, es el primero y segundo años con diez niños, seguidos de quinto año de primaria con tres niños.

La escolaridad de los padres de los niños que presentan Depresión Infantil de la UMF No. 78 del IMSS, fue secundaria en 6/13 niños deprimidos, 5/13 tienen preparatoria y el resto preparatoria.

El estado civil de los padres de los niños que presentan Depresión Infantil de la UMF No. 78 del IMSS, 7 son casados, y 6 unión libre, no encontrando diferencias significativas con chi-cuadrada.

El Nivel socioeconómico de las familias de los niños que presentan Depresión Infantil de la UMF No. 78 del IMSS, en el 61.5% (8), son obreros, seguidos del nivel medio bajo en 4 niños.

Determinar la funcionalidad familiar de los niños que presentan Depresión Infantil de la UMF No. 78 del IMSS, en 4 pacientes tuvieron una funcionalidad familiar moderada, 8 niños disfunción severa y 1 niño familia funcional, y por chi-cuadrada encontramos dependencia entre dichas variables, concluyendo que la disfunción familiar, se asocia con la presencia de depresión en niños, siendo dependientemente del estrato socioeconómico.

Esto nos lleva a tomar medidas inmediatas, con un abordaje multidisciplinario, de tal forma que en el primer nivel de atención, se pueda revertir oportunamente el problema, sobretodo en niños de menor edad que tienen un alto riesgo, y prevenir complicaciones que pongan en riesgo la vida del niño, ya que si no se mejora la funcionalidad familiar, la probabilidad de que un niño tenga depresión es alta.

## PROPUESTA.

La familia sigue ocupando un lugar preponderante sobre todo para el niño.

La familia es el mediador no solo del crecimiento físico, sino también psicológico, social, espiritual y cultural.

Por lo que se propone conocer aspectos conceptuales de la familia y su funcionalidad.

Identificar cuales son los aspectos o factores que inciden en una mala funcionalidad, como son la escolaridad y el estrato socioeconómico.

De acuerdo a éste estudio se propone descartar patrones, como es la depresión en todo niño de nivel básico, cuando hay una mala funcionalidad familiar.

A fin de tomar estrategias como mejorar el apego con sus padres, hermanos o demás familiares, a fin de prevenir un desajuste en la vida del niño y su familia

## **11.-BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Romero J., Depresión Infantil y en la Adolescencia. Gabinete Medico Psicológico, Barcelona, 2005, Págs.: 56-68.
- 2.- Toro M. La depresión infantil si existe. ABC del bebé. 2008. 3ª.Edición.2000 Págs.110-115
- 3.- Diccionario Everest 40 México. Lengua Española. Edit. Everest. Pàgs 380-385.
- 4.- Roche O., Psicología y Educación para la Prosocialidad, Rev. CONDUEC, Buenos Aires, 2000, Pags.: 860 a 878. Año 2000.Buenos Aires.
- 5.- Lopez Chaure I. Inarejos Garcia M. Enfermería pediátrica infantil. Cap. 2 págs. 13, 14,15, .
- 6.- Del Barrio V. La depresión infantil, una enfermedad de los países subdesarrollados. SUMARIO. No. 201/24-11-2000 España.pag:101-105
7. - Dauber C. M. Depression in the school-aged-child implications for primary care. Nurse pract. Pág.:7 26, 30, 68. 1982.
- 8.- Hdez. G. Eduardo Rafael. Depresion infantil.Compumedicina. Caracas Venezuela. Edición 2003.pag.155-160 285-289
- 9.- Vázquez E. Fonseca Chon I. Padilla V. J. y cols. Diagnostico de depresión con la escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. Boletín clínica hospitalaria del Edo. De Son. 2005 pag.: 107-118
- 10.- Huerta G. PAC. Medicina Familiar 1.4, Estudio de salud familiar. México 1999, Págs. 24, 25
- 11.- Programa de actualización continúa en med. Familiar. Libro OPUS Vol. 1. Págs. 28, 29,30
- 12.- PAC.MF.1 Colegio Mexicano de medicina familiar 1ª. Edición. 1999.35, 36,37.
- 13.- El apgar familiar en el cuidado prim. De la salud. Colombia. Medica. 1994.pag.:25-26
- 14.- Programa de actualización continúa en medicina familiar. Libro. OPUS.vol. 2. Pàgs.55-58
- 15.- Revista medica de Chile. Estudios Estadísticos de Depresión Infantil 2007; 135:Pag.: 602-612.
- 16.- Álvarez M. Eliana. González H. Messen H. Ricardo. Estudio Exploratorio sobre una escala de Autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes. Revista Chilena. Vol. 57 No. 1. Pág. 23, 24.

- 17.-Bragado, C, y García-Vera, 1998.Trastornos emocionales en niños y adolescentes.En M.A.Vallejo (dir.) Manual de Terapia de Conducta (Vol.II).Madrid.pàgs.185-187.
- 18.-Michelson, L.,D.,P.,Wood,R.P.,1987. Las habilidades Sociales de la Infancia.Evaluaciòn y Tratamiento.Barcelona: Martìnez Roca.pàgs.400, 401,402.
- 19.- Revista Infancia, Adolescencia y Familia. Vol. I, No. 1 de 2006.pàgs. 78-79.
- 20.-Calderòn, Narváez Guillermo,(1999). Depresiòn. Trillas, México, Pàgs.29-49.
- 21.-Rojtenberg, Sergio L (2001). Depresiòn y antidepresivos. Argentina, edit.Mèdica Panamericana, Pàgs. 1-13, 63-71, 155-160.
- 22.- Ledesma, Jimeno A. y Melero Marcos L. (1989). Estudio sobre las Depresiones. Salamanca. Pàgs. 43-56, 75-79.
- 23.-Santrock, John W. (2003). Adolescencia. Mc. Graw-Hill. 9a. Ediciòn, España. Pàgs. 25-30
- 24.-De la Peña F., Lara-Muñoz MC, Cortes J. Traducciòn al espaòol y validez de la escala de Birluson (DSRC). Para el trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. Salud Mental. 1996; 19 supl.3. Pàgs.17-23.
- 25.-González, C. Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideaciòn suicida en adolescentes mexicanos. Act. Psiq. Y Psicología de America Latina. 1993; 40(2): 156-163.
- 26.-Sauceda G.J., Montoya C:M, Higuera R.F., Maldonado D.J., Anaya S.A., Escalante G.P., Intento de suicidio en la niñez y en la Adolescencia:¿ Síntoma de Depresiòn o Impulsividad agresiva?, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.1997, 54(4): pàgs. 169-75.
- 27Mondragòn L, Borges G, Gutièrrez RA. La Medicina de la Conducta Suicida en México. Estimaciones y Procedimientos. Salud Mental. 2002; 25; 1-12
- 28.-Pierre, P., Juan J.L.-Ibor, A., Manuel, V M.Criterios para el Episodio Depresivo Mayor.Manual de Diagnòstico y Estadístico de los trastornos mentales.DSM-IV. Barcelona 2001, Pàgs. 324, 331, 332, 333, 345,357 y 358.
- 29.-Leyva-Jiménez Rafael, et al. Depresiòn en adolescentes y funcionamiento familiar Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232.



**ANEXO 1** NIVEL SOCIOECONOMICO.

CASO:

NOMBRE DEL NIÑO (A): \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

NO.AFILIACION \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ UMF.NO.78

OCUPACION: Tache con una X el número de la ocupación que realice.

- 1.- Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de empresa
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria
- 3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxista
- 5.- obrero no especializado, servicio doméstico

OTRA OCUPACION, CUAL ES \_\_\_\_\_

- 1.- INGRESO ECONOMICO FAMILIAR SEMANAL \_\_\_\_\_
- 2.- NUMERO DE HIJOS QUE DEPENDEN DE UD. \_\_\_\_\_
- 3.- NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UN CUARTO O DORMITORIO \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE LA VIVIENDA: tache con una X

- 1.- amplia, lujosa
- 2.- amplia, sin lujos
- 3.- espacio reducido, buenas condiciones sanitarias
- 4.- espacio amplio o reducido, malas condiciones sanitarias
- 5.- improvisada, construcción no sólida, deficientes condiciones sanitarias

PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO: tache el número

- 1.- fortuna heredada o adquirida rápidamente por negocios.
- 2.- ingresos de empresa privada, negocios, honorarios profesionales.
- 3.- sueldo quincenal o mensual.
- 4.- salario diario o semanal.
- 5.- ingresos de origen público o privado (subsidio)

ESCOLARIDAD:

Analfabeta ( ) primaria ( ) secundaria ( ) preparatoria ( ) licenciatura ( )

ESTADO CIVIL:

Casado ( ) unión libre ( ) soltero ( ) viudo ( ) divorciado ( )

TABAQUISMO SI ( ) NO ( )

ALCOHOLISMO SI ( ) NO ( )

TOXICOMANIAS SI ( ) NO ( )

Enfermedad actual \_\_\_\_\_

METODO DE GRAFFAR: Evalúa el estrato socioeconómico a través de cuatro variables

Profesión del jefe de familia

Nivel de instrucción de la madre

Principal fuente de ingresos

Condiciones de vivienda

04-06	ALTO
07-09	MEDIO ALTO
10-12	MEDIO BAJO
13-16	OBRERO
17-20	MARGINAL

**ANEXO 2**

**APGAR FAMILIAR**

	CASI SIEMPRE (2 PUNTOS)	ALGUNAS VECES ( 1 PTO)	CASI NUNCA (0 PUNTOS)
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia, cuando tiene algún problema?  ADAPTABILIDAD			
¿Le satisface la manera con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con Ud. En su resolución?  PARTICIPACION			
¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de hacer nuevas actividades y cambios en su estilo de vida?  CRECIMIENTO			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?  AFECTO			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que pasa junto			

**CLASIFICACION DEL APGAR FAMILIAR:**

DE 0 A 3 PUNTOS	Disfunción severa
DE 4 A 6 PUNTOS	Disfunción moderada
DE 7 A 10 PUNTOS	Familia Funcional

ANEXO 3

ESCALA DE BIRLESON (DSRS) PARA EVALUACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA<sup>16</sup>

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

I T E M		SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	Me gustan las cosas tanto como antes	0	1	2
2	Duermo bien	0	1	2
3	Me dan ganas de llorar	2	1	0
4	Me gusta salir con mis amigos	0	1	2
5	Me gustaría escapar, salir corriendo	2	1	0
6	Me duele la panza	2	1	0
7	Tengo mucha energía	0	1	2
8	Disfruto la comida	0	1	2
9	Puedo defenderme por mi mismo	0	1	2
10	Creo que no vale la pena vivir	2	1	0
11	Soy bueno para las cosas que hago	0	1	2
12	Disfruto lo que hago, tanto como lo hacía antes	0	1	2
13	Me gusta hablar con mi familia	0	1	2
14	Tengo sueños horribles	2	1	0
15	Me siento muy solo	2	1	0
16	Me animo fácilmente	0	1	2
17	Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo	2	1	0
18	Me siento muy aburrido	2	1	0

Puntaje: \_\_\_\_\_

Depresión: Presente

Ausente

▪ 15 puntos o más con depresión



- 15 puntos sin depresión

**ANEXO 4**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.**

**Puebla, Puebla. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010**

Por medio de la presente ACEPTO participar en el proyecto de investigación titulado “Depresión Infantil y funcionalidad familiar” en la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del IMSS, con registro ante el Comité Local de Investigación Médica con el No. \_\_\_\_\_

El objetivo general de este estudio es determinar la relación de depresión en los niños como consecuencia de una disfunción familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar de forma verbal un cuestionario que contenga mis datos personales, y otro para medir mi Nivel Socio económico y la Funcionalidad Familiar así mismo se le interrogara a mi hijo para poder diagnosticar la presencia de Depresión Infantil por medio de la escala de BIRLESON para evaluación de psicopatológica en la infancia.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el estudio y que éste no representa ningún riesgo, inconveniente, molestia ni beneficio derivados de mi participación en el mismo.

El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario que se llevará a cabo, así como cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA**

**QUE AUTORIZA**

\_\_\_\_\_  
**DR. AGUSTIN CASTRO CORDOVA**

**MATRICULA NO. 673884**