



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

ESCUELA DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80



TESIS QUE PRESENTA:

DRA. VIRIDIANA FARIAS ARGUELLO
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MADRES E HIJOS
PORTADORES DE DERMATITIS ATÓPICA**

DIRECTOR DE TESIS:

DC. ALAIN R. RODRIGUEZ OROZCO
ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGÍA

TUTOR:

MCM. RAFAEL VILLA BARAJAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COTUTOR:

DR. ERNESTO GAYTAN MORALES
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

MORELIA, MICHOACAN, MEXICO FEBRERO DEL 2013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA 01/04/2012

DR. ERNESTO GAYTAN MORALES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MADRES E HIJOS PORTADORES DE DERMATITIS ATÓPICA EN PACIENTES DE 7 A 15 AÑOS DE EDAD

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1602-30

ATENTAMENTE

DR.(A) MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN**

**TITULO DE LA TESIS: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
MADRES E HIJOS PORTADORES DE DERMATITIS ATÓPICA**

**TESIS QUE PRESENTA EL ALUMNO: VIRIDIANA FARIAS ARGUELLO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DR. LUIS ESTRADA SALAZAR
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**DR. RUBÉN RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.80**

**DRA. AIDA MENDIETA FERNÁNDEZ
COORDIANADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF NO.80**

**DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF
NO.80**



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”

TITULO DE LA TESIS: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
MADRES E HIJOS PORTADORES DE DERMATITIS ATÓPICA

TESIS QUE PRESENTA EL ALUMNO: VIRIDIANA FARIAS ARGUELLO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ
COORDINADOR DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Avenida Madero Poniente No. 1200, Colonia Centro, C.P.58000 y el Hospital Regional No.1 ubicado en Avenida Camelinas No.1935, Colonia Electricistas, C.P 58290 de Morelia, Michoacán de Ocampo, México.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Alain R. Rodríguez Orozco
Doctor en Ciencias
Especialista en Alergia e Inmunología
División de Estudios de Posgrado

TUTOR:

Dr. Rafael Villa Barajas
Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Educación Médica
Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

COTUTOR:

Dr. Ernesto Gaytan Morales
Especialista en Pediatría
Sub-especialista en Terapia Intensiva Pediátrica
Hospital General Regional No.1
Instituto Mexicano del Seguro Social

CO-ASESOR ESTADISTICO

Carlos Gómez Alonso

Matemático

CIBIMI IMSS

Este trabajo se presentó en Foros especializados:

1.- XIII Jornadas de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelia, Michoacán, México, llevadas a cabo el 29 y 30 de Noviembre del 2012.

AGRADECIMIENTOS

Al **Dr. Rafael Villa Barajas**, por sus conocimientos, sus orientaciones, por sus acertadas observaciones, por su dedicación, por su manera de trabajar y su motivación que ha logrado en mí que pueda terminar este trabajo con éxito.

Al **Dr. Ernesto Gaytan Morales**, por su paciencia y esmero, por el apoyo incondicional, por sus sabias palabras, por siempre alentarme a conseguir mi objetivo y por sus desvelos para la realización de este trabajo.

Al matemático **Carlos Gómez Alonso**, que me brindo gran ayuda en la elaboración de la Tesis, gracias por su tiempo.

A **Marisa Navarrete Orozco**, asistente bibliotecaria, por su presencia y el cariño incondicional.

A mis mejores amigos **Alejandro García Zamudio** y **Sandra Duran Villa**, por su apoyo y compañía y por ser siempre el mejor equipo de trabajo.

DEDICATORIA

A **Dios** por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Dedico este trabajo a mi gran amor **Ernesto**, por el apoyo y ánimo que me brindas día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales. Como en todo lo que escribo, estás presente en mi mente y en el alma de estas líneas. Amo vivir y estar contigo. Te amo vida mía, porque eres mi amor, mi cómplice y todo. A ti mi amada bebe que eres una bendición y lo más hermoso de nuestras vidas, porque ya falta poco para conocerte, besarte, cuidarte y amarte, eres tú la principal razón de todo mi ser. Por ti y para ti es este trabajo mi princesita.

A mis papas **Jaime** y **Blanca** por darme la vida, quererme mucho, creer en mí, por su apoyo, por sus consejos, sus valores y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien. Gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes.

A mi hermana **Ariany** por ser el mejor ejemplo de una hermana mayor, de quien he aprendido la responsabilidad de ser madre, esposa y profesionista y porque siempre has estado junto a mí en los momentos más difíciles.

A mis hermanos, **Oliver** y **Abraham** por su constante amor para mi superación personal.

A mi hermanita **Dafne** por ser tan especial, estar conmigo y apoyarme siempre, eres muy importante para mí.

A mis sobrinos **Sesly**, **Emilio**, **Gael**, **Regina** y **Mateo** por sus sonrisas, gracias, los quiero mucho.

INDICE

CAPITULO	PÁGINA
I. RESUMEN.....	2
II. ABSTRACT.....	3
III. ABREVIATURAS Y GLOSARIO.....	4
IV. RELACION DE FIGURAS Y TABLAS.....	7
V. INTRODUCCION.....	8
VI. ANTECEDENTES.....	9
VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
VIII. JUSTIFICACIÓN.....	29
IX. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	31
X. MATERIAL Y METODOS.....	32
XI. ANALISIS ESTADISTICO.....	39
XII. CONSIDERACIONES ETICAS.....	40
XIII. RESULTADOS.....	41
XIV. DISCUSIÓN.....	54
XV. CONCLUSIONES.....	56
XVI. SUGERENCIAS.....	57
XVII. REFERENCIAS.....	58
XVIII. ANEXOS.....	66
Total de páginas..... 75	

I. RESUMEN

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MADRES E HIJOS PORTADORES DE DERMATITIS ATÓPICA

Introducción: El impacto y los efectos que la dermatitis atópica representa en el niño pueden alterar la dinámica de su familia.

Objetivo: Conocer la asociación entre el funcionamiento familiar y depresión en niños con DA y la relación con depresión en sus madres.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en madres y niños con DA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del IMSS en Morelia, Michoacán. Para evaluar la depresión en niños se aplicó el inventario CDI, el inventario BECK y el cuestionario FF-SIL a sus madres para estimar el funcionamiento familiar.

Resultados: se estudiaron 34 niños, 16 mujeres (47%) y 18 hombres (53%), de 7 a 15 años con una media de 9.97 ± 2.4 y de 35.88 ± 2.1 para sus madres. La disfuncionalidad familiar se encontró en 11.8%, la funcionalidad con 55.9% y el 32.4% moderadamente funcional. En los niños se encontró el 35.3% sin depresión y el 64.7% con depresión: grave con el 11.8%, moderada el 17.6% y ligera con 35.3%. En sus madres el 5.8% con depresión moderada, el 47.1% con depresión leve y el 47.1% sin depresión. Se observó una correlación significativa entre depresión materna y función familiar ($p=.001$) así como entre familia funcional y depresión en el niño ($p=0.047$).

Conclusiones: Los niños con DA tienen depresión de ligera a grave. En sus madres predomina la depresión leve. Las madres que perciben a su familia como disfuncional son portadoras de depresión. Los niños con familias disfuncionales presentan depresión. Los resultados mostraron que existe relación entre familia funcional, depresión del niño y depresión en su madre.

Palabras clave: dermatitis atópica, depresión, funcionamiento familiar.

II. ABSTRACT

FAMILY FUNCTIONING AND DEPRESSION IN MOTHERS AND CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Introduction: The impact and effects that represents atopic dermatitis in children can affect family dynamics.

Objective: To determine the association between family functioning and depression in children with AD and depression in relation to their mothers.

Material and Methods: An observational, descriptive, cross-sectional and children with atopic mothers assigned to the Family Medicine Unit No. 80 of the IMSS in Morelia, Michoacán. To assess depression in children was applied CDI inventory, inventory and questionnaire BECK FF-SIL their mothers to assess family functioning.

Results: We studied 34 children, 16 women (47%) and 18 men (53%) of 7 to 15 years with a mean of 9.97 ± 2.4 and 35.88 ± 2.1 to their mothers. The Family dysfunction was found in 11.8%, with 55.9% functionality and 32.4% moderately functional. In children found without depression 35.3% and 64.7% with depression: 11.8% severe, 17.6% moderate and 35.3% mild with. In 5.8% mothers with moderate depression, 47.1% with mild depression and 47.1% without depression. A significant correlation was observed between maternal depression and family function ($p = 0.001$) and between functional family and depression in children ($p = 0.047$).

Conclusions: Children with AD have mild to severe depression. In their mothers predominantly mild depression. Mothers who perceive their family as dysfunctional are carriers of depression. Children with depression have dysfunctional families. The results showed that there is a relationship between family functional, child depression and depression in his mother.

Keywords: atopic dermatitis, depression, family functioning.

III. ABREVIATURAS Y GLOSARIO

DA. Dermatitis Atópica.

FF-SIL. Cuestionario de Funcionamiento familiar.

IDB. Inventario de Depresión de Beck.

CDI. Inventario de Depresión en niños.

GLOSARIO

Depresión: trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Depresión infantil: situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño.

Dermatitis atópica: trastorno inflamatorio de la piel, recidivante y pruriginoso de curso crónico y etiología multifactorial, con base genética. Caracterizado por una piel seca y lesiones cutáneas que varían en morfología y distribución según la edad del paciente.

Familia: Es una unidad viva entre miembros de diferentes edades y generaciones, en donde se establecen dinámicas. (ONU, redefinición 2007.BEIGJIN)

Funcionamiento familiar: Aquellas actividades que en forma cotidiana realizan los miembros de un grupo familiar, las relaciones sociales que se establecen en dichas actividades intrafamiliares y extra familiares y por efectos producidas por ambas (Álvarez 2001). Criterios: Comunicación, individualidad, autonomía, toma de decisiones, reacción a los eventos críticos.

Esferas

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar las diferente situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

IV. RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

	Paginas
FIGURA 1. Distribución de los pacientes por género.....	44
FIGURA 2. Percepción del Funcionamiento familiar según el FF-SIL por las madres.....	45
FIGURA 3. Distribución por nivel de depresión del niño con DA.....	46
FIGURA 4. Distribución del nivel de depresión en las madres.....	47
TABLA I. Distribución del nivel de depresión en el niño por género.....	48
TABLA II. Nivel de depresión de la madre y el funcionamiento familiar.....	49
TABLA III. Nivel de depresión del niño y el funcionamiento familiar.....	50
TABLA IV. Relación entre el género del paciente y el funcionamiento familiar.....	51
TABLA V. Distribución de la población de estudio de acuerdo a la relación de la funcionalidad y los niveles de depresión materna y depresión infantil.....	52
TABLA VI. Relación entre el nivel de depresión de la Madre y dominios de la escala del funcionamiento familiar.....	53
TABLA VII. Relación entre los niveles de depresión del niño y los dominios del FF-SIL.....	54
TABLA VIII. Relación entre el grado de funcionamiento familiar y dominios del FF-SIL.....	55

V. INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad de etiología multifactorial con un fuerte componente genético, donde intervienen factores inmunológicos, ambientales y psicológicos. Es la enfermedad cutánea más frecuente en la infancia. Más 70% de los casos de dermatitis atópica están relacionados con antecedentes familiares o personales de otras enfermedades atópicas. Su prevalencia está en aumento en nuestro país.

Aunque en los últimos años ha crecido el interés en su estudio, aun la visión de esta enfermedad tiene una perspectiva muy limitada, es por esto que se requiere estudiar a las posibles causas y los factores que actúan de una manera directa o bien indirecta, desencadenando o agravando la enfermedad.

Por lo anterior, es importante reconocer que el médico de primer nivel proporcione una atención que integre oportunamente estrategias diagnóstico-terapéuticas dirigidas a los efectos que la dermatitis atópica causa en el niño portador de esta patología y en su cuidador, sobre todo enfocado a mantener un buen funcionamiento familiar.

Dentro de las estrategias para el abordaje de la dermatitis atópica, se ha sugerido intervención en la consulta del centro de salud, lugar donde la terapéutica integral ocupa un sitio fundamental y donde el seguimiento continuo del niño y su familia ofrecen el marco ideal para el control de esta enfermedad crónica.

VI. ANTECEDENTES

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica se define como una enfermedad cutánea inflamatoria, pruriginosa, de evolución crónica, caracterizada por exacerbaciones y remisiones de lesiones que tienen una morfología y distribución característica, representadas por la aparición concomitante de prurito, eritema, eccema y liquenificación⁽¹⁾.

La dermatitis atópica es una enfermedad de la piel multifactorial causada por una variedad de componentes como las condiciones genéticas, estructura de la piel alterada, desviaciones inmunológicas, factores psicológicos y ambientales, entre otros⁽²⁾. Se ha asociado con frecuencia con un aumento de los niveles séricos de IgE y antecedentes personales o familiares de atopia, que se traduce como una tendencia genéticamente predispuesta para reaccionar de manera exagerada a ciertos estímulos ambientales irritantes o alergénicos.

La distribución por edad se sitúa principalmente desde la infancia hasta la adolescencia, que es el período más importante para la formación del carácter o de proceder en su estado psicológico⁽³⁾.

Las manifestaciones clínicas son variables según la edad; en lactantes menores y mayores es común la afección de cara, frente y mejillas, respetando el triángulo naso-labial, cuello y tronco, se observan placas con eritema, pápulas y escama. Pueden aparecer de forma aguda, con exudación serosa muy pruriginosa, subaguda, descamativa y con excoriaciones, y de forma crónica, con liquenificación, costras hemáticas y acentuación de los pliegues. Las distintas fases pueden coexistir o sucederse en el tiempo.

En niños mayores característicamente afectan el cuello y los pliegues antecubitales y poplíteos, la morfología de las lesiones es igual a la del lactante. Otras localizaciones típicas son: caderas, muñecas, pliegue auricular, párpados, región peribucal, manos, dedos y en la región plantar de los pies.

En adolescentes las lesiones papulosas y de liquenificación predominan en esta fase sobre una base de intensa xerosis. Se localiza en grandes pliegues de extremidades, tercio superior de brazos y espalda, dorso de manos y pies y en los dedos.

La evolución natural de la enfermedad alterna periodos de remisión y exacerbación.

El síntoma principal en cualquier edad de presentación y en las diversas etapas de evolución es el prurito.

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica constituyen la base de su diagnóstico.

Como factores que empeoran el cuadro clínico de la dermatitis atópica son:

- Estrés, al inducir cambios inmunológicos⁽⁴⁾.
- Los cambios estacionales.
- Los cambios personales.
- Las prendas de vestir.
- Sustancias irritantes.
- Baños prolongados.
- Infecciones de la piel.
- Alérgenos, tanto alimentarios, como aeroalérgenos (ácaros del polvo, malezas, epitelios de animales, hongos)⁽⁵⁾.

La dermatitis atópica es la enfermedad cutánea más frecuente en niños, causando discapacidad psicológica, social y funcional a ellos y a sus familias⁽⁶⁾.

El curso crónico de la dermatitis atópica constituye un problema para los niños y sus familias: puede ser extremadamente incapacitante y puede causar tanto problemas psicológicos para el niño y la familia⁽⁷⁾.

La dermatitis atópica es una enfermedad común de la prevalencia en aumento hasta de un 20⁽⁸⁾. Estudios recientes indican que la frecuencia de la DA se ha

incrementado sustancialmente a nivel mundial de 2 a 5 veces en los últimos 20 años. La incidencia está en aumento probablemente por las siguientes causas: estilo de vida occidental, aumento de la edad materna, polución, tabaquismo materno, la migración de áreas rurales hacia centros urbanos, a los cambios ambientales, exposición temprana a pólenes, ácaros del polvo de casas, alérgenos de mascotas y aditivos alimentarios que facilitarían la expresión de la enfermedad en individuos genéticamente susceptibles. De acuerdo a investigaciones realizadas en Escandinavia, Gran Bretaña y Estados Unidos antes de 1990, la prevalencia de la dermatitis atópica se encontraba entre 1.1 y 9.7%, estudios recientes reportan cifras hasta del 16% en niños menores de cuatro años de edad, 12% en escolares y 3% en adultos⁽⁹⁾. En lo que respecta a Latinoamérica, se ha registrado, a través de la encuesta realizada por el Estudio Internacional de Asma y Alergias en Niños (International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC), una incidencia de dermatitis atópica de 3.7% en México y 11.4% en Paraguay, con una media de 7.2% en niños de 6 a 14 años de edad⁽¹⁰⁾. En México se ha registrado una prevalencia de 3.9 a 4.9% en niños de 6 a 14 años⁽¹¹⁾. Investigaciones recientes reportan que su frecuencia aumenta de acuerdo a la edad, en menores de 6 meses es de 6.2 %, de 6 meses a 2 años 19.3%, de 3 a 5 años de edad 13.4% y mayores de 5 años de edad es de 10.1 %⁽¹²⁾. En Morelia, Michoacán se han registrado una prevalencia de 10.1% en niños de 6 a 10 años y de 5.4% de 11 a 16 años⁽¹³⁾.

La DA es una enfermedad cosmopolita con mayoría en zonas urbanas, que afecta todas las razas y etnias. Se presenta por igual en ambos sexos, aunque algunos autores plantean la relación masculino/femenino de 1,2: 1 para todos los individuos. A nivel pediátrico suele ser mas frecuente en niños que en niñas (2: 1), invirtiéndose esta tendencia en la adolescencia y en la edad adulta. Aparece fundamentalmente en los primeros meses de vida o en la infancia. Según Rajka el 60% de los casos con la DA aparece en el primer año de vida, a los 5 años el 80-90% y sólo el 2% después de los 20 años⁽¹⁴⁾.

La Dermatitis Atópica es una entidad muy controversial que por su alta incidencia y sus dificultades etiopatogénicas han determinado múltiples estudios sin que aún se haya obtenido un consenso que pueda reglamentar una conducta.

Es considerada como una enfermedad psicosomática. Los individuos afectados deben hacer frente a una carga psicosocial significativa, además de tratar los aspectos médicos de la enfermedad⁽¹⁵⁾. El estrés psicológico y los síntomas de dermatitis atópica parecen formar un círculo vicioso⁽¹⁶⁾. Por otra parte, debido a que es principalmente una enfermedad de la infancia, los miembros de la familia, especialmente los padres, también se ven afectados por la enfermedad⁽¹⁷⁾. Los portadores de dermatitis atópica y los miembros de la familia están agobiados con regímenes de tratamiento que requieren mucho tiempo para la enfermedad, así como cambios dietéticos y del hogar⁽¹⁸⁾. El impacto financiero de la dermatitis atópica en las familias también puede ser grande. La orientación de los padres y cuidadores con educación y apoyo psicosocial pueden disminuir la carga familiar y personal, que a su vez puede reducir el costo de tratar la enfermedad debido a mejores resultados médicos, psicosociales y familiares⁽¹⁹⁾.

Los pacientes con dermatitis atópica crónica recidivante a menudo sufren de exacerbaciones relacionadas con el estrés⁽²⁰⁾, agotamiento, depresión, ansiedad e impotencia⁽²¹⁾. Con frecuencia, pueden sentir que no puede influir en el curso de su enfermedad, y a menudo desarrollan problemas en la interacción social⁽²²⁾. Se ha encontrado que en los niños atópicos ciertos factores emocionales se asocian a empeoramiento de los síntomas⁽²³⁾.

Los efectos físicos, psicológicos y psico-sociales de la dermatitis atópica infantil pueden tener repercusión en todos los aspectos de la vida. Estos efectos incluyen síntomas de prurito y dolor, que causan falta de sueño en más de 60% de los casos. La privación del sueño lleva al cansancio, cambios de humor y deterioro del funcionamiento psicosocial del niño y la familia, sobre todo en la escuela y el trabajo. La vergüenza, comentarios, burlas y la intimidación con frecuencia causan aislamiento social y puede conducir a la depresión o la evitación de la escuela.

El estilo de vida del niño es a menudo limitado, sobre todo en lo que respecta a la ropa, las vacaciones, en casa de amigos, ser dueño de mascotas, la natación o la capacidad para jugar o hacer deportes. La restricción de la vida en la familia, las dificultades con los regímenes de tratamiento complicado y mayor trabajo en el cuidado de un niño con dermatitis atópica pueden conducir al agotamiento de los

padres y sentimientos de desesperanza, culpa, ira y depresión⁽²⁴⁾. Estos problemas pueden llevar a pérdidas emocionales y sociales que afectan negativamente el curso de la enfermedad. Además pueden generar un círculo vicioso de estrés.

Ningún examen de laboratorio, por si solo, excluye o reafirma el diagnóstico de DA pues son inconstantes y poco específicos, la histología puede ser útil en caso de duda diagnóstica, pero sólo nos informa el estado de la piel y no el tipo de dermatitis.

El diagnóstico de la DA se basa fundamentalmente en el cuadro clínico, para ello se debe realizar un exhaustivo interrogatorio y examen físico del paciente y debe ser sospechado en niños que presentan prurito, así como antecedentes de dermatitis crónica recidivante con características localizaciones según la edad y con una historia de atopia. Debido a la gran diversidad de formas de presentación, varios grupos de trabajo han intentado constituir criterios uniformes para el diagnóstico. Los más aceptados son los propuestos por Hanifin y Rajka de 1980.

Criterios de Hanifin y Rajka

Criterios mayores (debe haber al menos 3 signos)

- Prurito
- Morfología y distribución típicas
- Afectación facial y de zonas de extensión (niños)
- Dermatitis crónica o con recaídas frecuentes
- Historia familiar y/o personal de atopia (asma, rinitis alérgica)
- Liquenificación flexural o linealidad (adultos)

Criterios menores (debe haber al menos 3)

- Xerosis
- Ictiosis/hiperlinearidad palmar/hiperqueratosis folicular

- Reactividad cutánea inmediata positiva
- IgE sérica elevada
- Comienzo precoz
- Tendencias a las infecciones cutáneas (estafilococos y herpes simples)
- Tendencia a dermatitis inespecífica de manos o pies
- Eccema del pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recurrente
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Cataratas subcapsulares anteriores
- Cerco periorbitario
- Palidez o eritema facial
- Pitiriasis alba
- Pliegues anteriores en el cuello
- Prurito con el sudor
- Intolerancia a la lana o los solventes lipídicos
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia alimentaria
- Curso influido por factores emocionales y ambientales
- Dermografismo blanco

Además del diagnóstico clínico, es preciso indagar en las posibles causas y los factores desencadenantes que pueden mantener o agravar las lesiones.

Las investigaciones han encontrado que los niños con dermatitis atópica son más propensos a experimentar dificultades psicosociales de lo que se esperaría en la población en general⁽²⁵⁾.

Por el carácter multifactorial de la DA el tratamiento es muy controversial y complejo, por lo que no existe en el momento actual una terapéutica curativa definitiva para esta afección, no obstante, se dispone de una serie de medidas que ayudan a controlar la enfermedad, actúan sobre los factores etiológicos y en

conjunto con el tratamiento específico previenen y alivian el prurito, la resequedad, y la inflamación.

El tratamiento debe ser integral un requiere manejo multidisciplinario, además se sugiere un modelo de tratamiento para hacer frente a los efectos psicosociales de la dermatitis atópica⁽²⁶⁾.

DEPRESIÓN

La depresión es trastorno emocional que identifica un estado de humor dominante de tonalidad triste o sombrío, con abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. Dentro del programa de salud mental, la Organización Mundial de la Salud establece que la atención a la enfermedad depresiva es prioritaria. La depresión es un problema de salud pública que va en aumento. El diagnóstico de la enfermedad se realiza a través de un examen clínico, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su cuarta revisión (DSM-IV), la depresión se caracteriza por la pérdida de interés y /o del placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que toma en cuenta que estas manifestaciones están presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afección ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés. También existe un pensamiento constante de muerte. La mayoría de los estudios establece que existe mayor prevalencia de depresión en mujeres en alrededor del 10% en comparación con los hombres que representan un 6 %. La depresión, es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Su prevalencia es de 6-12% en los países industrializados. En México se ha calculado en un 6-15%. En pacientes con alguna enfermedad crónica se encuentra presente en un 40- 70%^(27, 28).

Los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10 % de la global⁽²⁹⁾.

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte ⁽³⁰⁾.

Vargas y cols⁽³¹⁾ encontraron que las principales causas generadoras de cuadros depresivos son los problemas familiares, la presencia de enfermedades crónicas

o terminales, la dificultad para adaptarse a las diferentes etapas de la vida individual y familiar, los duelos, y en menor frecuencia el uso de alcohol o drogas.

Existe evidencia de la relación entre trastornos dermatológicos y depresión. El inicio y curso de varias patologías dermatológicas se han asociado con secuelas psiquiátricas y disturbios emocionales⁽³²⁾.

Se ha implicado a los factores psicológicos en la génesis y la perpetuación de la Dermatitis Atópica. En este mismo sentido, ha sido asociada a estados depresivos, problemas del comportamiento, niveles de estrés y calidad de vida⁽³³⁾. Especialmente preocupante son los niños con DA ya que en ellos son más prevalentes los trastornos psiquiátricos que en los adultos. En una reciente publicación⁽³⁴⁾ de 27 niños con DA y 27 niños de un grupo control, el 70% de los niños con dermatitis atópica y el 30% del grupo sin DA presentaban trastornos psiquiátricos. Los trastornos más frecuentes fueron: trastorno de ansiedad social, trastorno ansioso por separación y fobia específica. Depresión, rasgos de ansiedad, interiorización de problemas, quejas somáticas, así como mayores tasas de ansiedad y depresión se encontraron en niños con dermatitis atópica que en controles.

Hasta antes de la década de los setenta del recién siglo pasado, la depresión en niños y adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas dejaron claro que también se presenta en esos grupos etarios, asociada incluso con mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, pues antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas⁽³⁵⁾.

De acuerdo con los resultados de encuestas de autoaplicación, la prevalencia de adolescentes con síntomas depresivos es de 22.8 a 50.8 %^(36, 37, 38).

Aunque se reconoce la relevancia de la depresión en la adolescencia, muchas veces no se proporciona la atención debida. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo

hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta ^(39, 40).

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación ^(41, 42).

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno ⁽⁴³⁾.

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies⁽⁴⁴⁾ sugieren que a las personas que padecen depresión en la

infancia o la adolescencia presentar cierto grado de vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Las manifestaciones clínicas de las enfermedades y la progresiva atención que requieren los pacientes son una fuente importante de estrés para los cuidadores^(45, 46).

Las repercusiones psico-sociales son importantes, pues al propio proceso de la enfermedad se suma el impacto psíquico, la afectación en la calidad de vida, la incapacidad laboral, la pérdida de habilidades sociales, la carga física, la atención social y sanitaria de todas estas personas. En México se sabe que existen diferencias de género en la dedicación de horas a estas actividades, siendo las mujeres quienes asumen la responsabilidad del cuidado⁽⁴⁷⁾.

Los pacientes portadores de DA no solo experimentan limitaciones físicas, sino también carencias emocionales y sociales asociadas. La relación con los padres y familiares cercanos puede verse afectada. Durante los primeros años de vida el vínculo padres-hijo puede afectarse a causa de la desfiguración provocada por la enfermedad, porque la imposibilidad del dormir de niño puede condicionar que los padres queden agotados. El llanto continuo es un importante factor de estrés y ha sido relacionado con depresión materna y maltrato por la madre.

FUNCIÓN FAMILIAR

Existe poca información disponible sobre el efecto de la dermatitis atópica en la infancia y la función de la familia⁽⁴⁸⁾. A pesar que algunos trabajos preliminares han examinado el impacto de la dermatitis atópica en las familias, no hay estudios que examinen el alcance de estos trastornos en los niños afectados y los problemas experimentados por sus padres⁽⁴⁹⁾.

La familia se considera como la base del bienestar de los niños en la medida que garantice el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional y que facilite su enfrentamiento a los hechos de la vida. En el grupo de familia se dan las condiciones para que esta sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de una vida individual y grupal, las costumbres los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones⁽⁵⁰⁾.

El funcionamiento familiar hace referencia a la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y la forma de enfrentar las crisis, evalúa la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y las interacciones entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro⁽⁵¹⁾.

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. La evaluación del funcionamiento familiar es un paso importante cuando se atiende el bienestar de los niños, por lo que contar con un instrumento que posibilite de manera práctica y consistente el conocimiento de los índices de función o disfunción familiar, es una plataforma que a su vez permite la intervención preventiva y correctiva. La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. Con este propósito se desarrollo el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) por Ortega, de la Cuesta y Díaz (1999).

La familia como grupo social debe cumplir siete funciones básicas que son: satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros (favoreciendo las

interrelaciones personales), satisfacer las necesidades físicas, establecer patrones positivos de relaciones interpersonales, permitir el desarrollo de la identidad individual de cada uno de los miembros (conciencia del esquema corporal e independencia), favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado, promover el proceso de socialización y estimular el aprendizaje de sus miembros⁽⁵²⁾.

La enfermedad en uno de los miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. La familia como grupo primario cuenta con diversas funciones perfectamente establecidas entre las que podemos señalar: cuidado, afecto, reproducción, socialización, estatus, debiendo existir entre ellas un equilibrio adecuado para el desarrollo armónico de sus miembros. No existe un criterio clínico para hablar de funcionalidad familiar. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por estos. La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Para lograr esta adaptación debe tener la capacidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos sus roles y reglas. La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga jerarquías, límites claros, roles definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo. La familia debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros actuando como sistema de apoyo. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia⁽⁵³⁾. La carga adicional de cuidar a

un niño atópico puede afectar la relación de pareja y familiar. El progenitor, que no es el encargado principal, y los demás hijos de la familia pueden resentir el tiempo que la madre dedica al niño portador de esta enfermedad.

El diagnóstico de disfunción familiar se hace mediante la aplicación de instrumentos previamente validados, de los cuales existen diversos reconocidos a nivel mundial. El FF-SIL es un instrumento sencillo desarrollado con la finalidad de evaluar las relaciones intrafamiliares, de fácil y práctica aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria⁽⁵⁴⁾.

Los procesos implicados en las relaciones intrafamiliares medidos por esta prueba son:

- Cohesión: 1 y 8
- Roles: 3 y 9
- Armonía: 2 y 13
- Comunicación: 5 y 11
- Afectividad: 4 y 14
- Permeabilidad: 7 y 12
- Adaptabilidad: 6 y 10

Cohesión: Unión física y emocional al enfrentar las diferentes situaciones y en la toma de decisiones en las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos con otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociada por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

El estudio evalúa el modo de manifestación de estos procesos en la familia mediante 14 afirmaciones que componen la prueba⁽⁵⁵⁾.

La calificación se realiza asignando puntos según a la opción seleccionada en la escala:

- Casi nunca=1
- Pocas veces=2
- A veces=3
- Muchas veces=4
- Casi siempre=5

Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar:

- 57-70= Familia funcional
- 43-56= Familia moderadamente funcional
- 28-42= Familia disfuncional
- 14-27= Familia severamente disfuncional⁽⁵⁶⁾.

Para aplicar el FF-SIL se utiliza la técnica de entrevista familiar que facilita el consenso de los adultos responsables del hogar y en cuyo marco se pueden aplicar los instrumentos.

Existen otros cuestionarios que analizan la función familiar, igualmente validados, pero en general, suelen tener un elevado número de ítems que los hace de difícil aplicación, entre estos se encuentra el FACES III compuesto por 20 ítems o la Escala de McMaster con 53 ítems.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

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

El CDI es una herramienta de medición ampliamente utilizada y de gran utilidad para los fines clínicos⁽⁵⁷⁾. Es el instrumento mejor aceptado por los expertos en depresión infantil, ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico. El CDI es un buen instrumento para indicar la vulnerabilidad; ofrece una buena foto fija de las dificultades por las que pueden atravesar los niños y nos proporciona una adecuada panorámica de cómo la población infantil vive y piensa el malestar propio de su edad. Al mismo tiempo nos informa también de su estado global de salud mental. Se aplica y esta validada en la población infantil de 7-17 años. Su objetivo es evaluar la presencia y severidad del trastorno depresivo. Se trata de un cuestionario auto administrado. Está formado por 27 ítems cada uno de ellos desglosado en tres enunciados que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente: que evalúan sintomatología depresiva. El contenido de los ítems del CDI cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión.

Cada uno de los ítems tiene tres opciones de respuesta, que puntúan con:

- 0= *Ausencia de sintomatología*
- 1= *Sintomatología leve*
- 2 = *Sintomatología grave.*

La puntuación total puede ir de 0 a 54 puntos.

Las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0.

El CDI puede utilizarse como instrumento de rastreo para localizar a niños o adolescentes que presentan alta sintomatología depresiva⁽⁵⁸⁾.

Puntuación

- Menor de 7 se considera niño sin depresión;
- 7-12 puntos depresión ligera;
- 13-17 puntos depresión moderada;
- Igual o mayor de 18 puntos depresión grave.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

El inventario de Depresión de Beck (Beck y colaboradores, 1983). Creado por el psicólogo conductista Aarón T. Beck, es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados y con mejor aceptación en la evaluación de la depresión⁽⁵⁹⁾. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

Es un cuestionario auto administrado, en el cual se pretende conocer el estado de ánimo y sentimientos de la madre del paciente en la actualidad, consta de 21 ítems relacionados con síntomas depresivos, cada uno mide un síntoma; por ejemplo: humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etc.

Cada reactivo se puntúa de 0 a 3 y se distribuyen en cuatro áreas, a) Somática, b) Autoestima, c) Estado de Ánimo, d) Social.

Los puntos de corte usualmente aceptados para medir la intensidad/ severidad son los siguientes:

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: > 30 puntos (Beck, 1979).

El estudio de validez y producibilidad en México fue utilizado en 1991 por Torres-Castillo⁽⁶⁰⁾. En 1998 se estandarizó el instrumento en nuestras más amplias en residentes de la Ciudad de México, siendo aceptables los índices de confiabilidad y validez encontrados⁽⁶¹⁾. En la presente investigación se usó la traducción y adaptación de Sanz y Vásquez (1998).

Estudios de los últimos años permiten afirmar que los cuidadores familiares están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión, por lo que fundamental estudiar al respecto⁽⁶²⁾.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dermatitis atópica es una patología que ha demostrado un incremento en la población infantil y adolescente. Se ha decidido el abordaje de esta patología y de este grupo de edad de 7 a 15 años, debido a su prevalencia en aumento. La necesidad de integrar estrategias terapéuticas en este grupo de edad radica en que se desconoce la asociación de la depresión en madres con hijos portadores de dermatitis atópica y su impacto en el funcionamiento familiar. Se ha planteado que la dermatitis atópica puede interferir en la dinámica familiar y en el ámbito psicosocial de niños portadores de esta patología y en sus madres simultáneamente, ya que tendrán que enfrentar diversas situaciones que implican dejar tareas pendientes, ausencia en su ámbito laboral y en su dinámica para ofrecer atención a su núcleo familiar, así como ausentismo escolar, burlas y aislamiento social respectivamente; lo cual podría generar disfunción familiar. Los pacientes con dermatitis atópica deben recibir una atención médica que integre no solo a la enfermedad sino a la dinámica a nivel familiar.

Las madres con hijos portadores de dermatitis atópica generan una serie de cambios emocionales de los cuales predominan los estados depresivos, algunas de ellas se vuelven sobreprotectoras, pueden percibir el comportamiento de estos pacientes como negativo y en algunos casos existe cierto grado de rechazo consciente o inconscientemente. Los pacientes con dermatitis atópica generan cambios emocionales, conductuales y de comportamiento, son inseguros, agresivos, hipersensibles y deprimidos. Ambos cambios nos llevan a un círculo vicioso a mayor depresión mayores exacerbaciones mayor disfuncionalidad y a la elevación del costo de la atención médica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre el funcionamiento familiar y la depresión en niños portadores de dermatitis atópica y su asociación con depresión en sus madres?

VIII. JUSTIFICACIÓN

La dermatitis atópica es un padecimiento dérmico crónico de causa multifactorial, hasta el momento no existe ningún medicamento que logre su erradicación, aunque actualmente se puede recurrir a una variedad de herramientas con la finalidad de controlar la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi el 40 por ciento de las enfermedades como asma, rinitis y dermatitis atópica, pasan subdiagnosticadas lo cual genera grandes gastos en la atención médica.

Se trata de una patología la cual se observa en la población general en un porcentaje variable del 2 al 20 %, con un incremento en la última década del 10%, ocupa uno de los primeros cinco lugares como motivo de consulta en pediatría, es la primera causa de consulta de la Dermatología pediátrica en México.

La edad escolar y la adolescencia son etapas cruciales para la formación del carácter y proceder en la vida, que persistirán en etapas posteriores, con repercusiones no solo en la manifestación de la enfermedad sino en el ámbito familiar.

Dentro del campo de la medicina familiar debemos considerar que nuestro estudio no debe centrarse solo en el paciente sino en todo su entorno y sobre todo, su familia, por lo que no se debe olvidar como se afecta. Por lo tanto en el caso de los pacientes portadores de dermatitis atópica, existe poca evidencia sobre el apoyo familiar, por lo que con este trabajo se pretende la relación que existe entre el grado de funcionamiento familiar a través del cuestionario FF-SIL y evaluar la presencia de depresión en niños portadores de esta patología a través del

inventario CDI y la presencia de depresión en sus madres por medio del inventario de BECK.

En la literatura revisada tanto nacional como internacional no se encontraron estudios de investigación en este grupo de edad que utilicen la asociación de dermatitis atópica, depresión y funcionamiento familiar, esto permitirá un aporte a nivel local, estatal, nacional e internacional.

Con la presente investigación se pretende brindar al Médico Familiar información confiable para en mejor control de la enfermedad, mejorar la calidad de vida del paciente, identificar la disfuncionalidad familiar, los diferentes grados de depresión y con ello disminuir el costo de la atención médica en esta patología.

IX. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Los pacientes portadores de dermatitis atópica y sus madres presentan depresión y disfunción familiar.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en las madres y en los hijos con dermatitis atópica.

ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer el grado de la funcionalidad familiar mediante la aplicación del cuestionario FF- SIL a las madres de los niños con DA.
- 2.- Conocer la presencia de depresión mediante la aplicación de la encuesta de Beck a las madres a las madres de los niños con DA.
- 3.- Conocer la presencia de depresión en niños portadores de DA mediante la aplicación del cuestionario CDI.
- 4.- Conocer la relación existente entre el grado de disfunción familiar y la depresión en hijos portadores de dermatitis atópica y la presencia de depresión en sus madres.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de investigación: Observacional.

Tipo de diseño: Descriptivo.

Método de observación: Transversal.

Tipo de análisis: Analítico.

Temporalidad: Retrospectivo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños y adolescentes de de 7 a 15 años de edad.
- Diagnóstico con dermatitis atópica.
- Adscritos al IMSS.
- Madre del paciente con dermatitis atópica.
- Aceptación voluntaria para contestar la encuesta.
- Consentimiento de los padres o tutores.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Pacientes con enfermedades mentales o en tratamiento con antidepresivos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Responder la encuesta en forma incompleta.
- Seleccionar mas de una opción en una pregunta
- Paciente con diagnóstico de cualquier otro tipo de dermatitis.
- No ser derechohabiente del IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No aceptar contestar la encuesta.
- Que el tutor no acepte participar en el estudio

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Variable independiente:

- Dermatitis Atópica

Variable dependiente:

- Funcionamiento familiar
- Depresión en la madre.
- Depresión en el niño portador de dermatitis Atópica.

Variables socio demográficas:

- Edad
- Ocupación
- Escolaridad

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Definición operacional	Clasificación	Escala de Medición	Fuente	Análisis/ Control
Dermatitis Atópica	Independiente	Enfermedad cutánea inflamatoria y pruriginosa	Cualitativa	Ordinal	Realizado por médico especialista en Alergología y/o Pediatría de basándose en criterios propios de padecimiento (Criterios de Hannifin y Rakja)	Diagnostico por Alergología o Pediatría
Funcionalidad familiar	Dependiente	Capacidad de la familia para superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario FF-SIL	Indicador: 1 y 8. Cohesión. 3 y 9. Roles. 2 y 13. Armonía. 5y11. Comunicación. 4 y 14. Afectividad. 7 y 12. Permeabilidad. 6 y 10. Adaptabilidad 70 a 57= Familia funcional 56 a 43= Familia moderadamente funcional 42 a 28= Familia disfuncional 27 a 14= Familia severamente disfuncional
Depresión infantil	Dependiente	Desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social.	Cualitativa	Ordinal	Inventario de depresión infantil CDI	<7= Sin depresión 7 a 12= Depresión ligera 13 a 17= Depresión moderada >18= Depresión grave.
Depresión en madres	Dependiente	Trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo.	Cualitativa.		Inventario de depresión de Beck	0 a 9= No depresión 10 a 18= Depresión leve 19 a 29= Depresión moderada >30= Depresión grave.
Edad	Socio-demográfica	Tiempo que ha vivido una persona en años.	Cuantitativa.	Continua	Hoja de recolección de datos	7 a 15 años.
Ocupación	Socio-demográfica	Empleo, facultad u oficio que cada persona tiene y ejerce	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos	Hogar Empleada Comercio
Escolaridad	Socio-demográfica	Nivel académico realizado	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos	Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Profesional

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Se obtuvo la muestra de sujetos por muestreo no probabilístico o por conveniencia.

TECNICA DE MUESTREO

El tamaño de la muestra se calculo considerando el numero de considerando los pacientes con diagnostico de dermatitis atópica de 7 a 15 años de edad en el 2010, según la estadística del sistema de información de atención integral a la salud (SIMO) del IMSS de Michoacán, dicho universo está compuesto por 339 niños con en el turno matutino y vespertino.

Se obtuvo con la fórmula para calcular el tamaño de la muestra para población finita:

(*)

Donde:

es el tamaño de la muestra a obtener

población finita ó número de casos

error de estimación que está en condiciones de aceptar=17 %

INSTRUMENTO DE MEDIDA:

FF-SIL

El FF-SIL consta de 14 ítems y con ello se califica a la familia mediante la medición de la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad con los resultados se identifica la función familiar con el puntaje siguiente:

70 a 57= Familia funcional

56 a 43= Familia moderadamente Funcional

42 a 28= Familia disfuncional

27 a 14= Familia severamente Disfuncional.

INVENTARIO DE BECK

El inventario de Beck consta de 21 ítems, que evalúan la sintomatología de la depresión en las madres de los niños portadores de dermatitis atópica, con los resultados se midió el grado de depresión con los puntajes siguientes:

0 a 9 puntos= Sin depresión

10 a 18 puntos= Depresión leve

19 a 29 puntos= Depresión moderada

> 30 puntos= Depresión grave.

INVENTARIO CDI

El inventario CDI, está formado por 27 ítems que evalúan la sintomatología depresiva en los niños portadores de dermatitis atópica, con los resultados se midió el grado de depresión con los puntajes siguientes:

<7 puntos= Niño sin depresión

7 a 12 puntos= Depresión ligera

13 a 17 puntos= Depresión moderada

> 18 puntos= Depresión grave.

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS:

Con previa autorización del Comité local de Investigación para la realización del estudio en las instalaciones del IMSS: en la UMF No. 80 y en el HGR No. 1 en la ciudad de Morelia, Michoacan.

Se captaron los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa de pediatría y alergología del HGR No.1 del IMSS, a los pacientes que cumplieron con los requisitos, se les hizo la invitación al padre o tutor que lo acompañaba dándole la información sobre el estudio. Al obtener la aceptación del padre o tutor se concertó una cita para la aplicación de los cuestionarios en el Aula de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

En la entrevista, a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio se les leyó y se explicó el consentimiento informado (Anexo 1) al paciente y a su madre, una vez firmado se entregó el cuestionario FF-SIL (Anexo 2) el cual consta de 14 ítems que evalúa el entorno al funcionamiento de su familia: los ítems 1 y 8, evalúan Cohesión, 3 y 9. Roles, 2 y 13. Armonía, 5 y 11. Comunicación, 4 y 14. Afectividad, 7 y 12. Permeabilidad, 6 y 10. Adaptabilidad. Su escala de medición es: 57 a 70 puntos se considera familia funcional, 43 a 56 puntos familia moderadamente funcional, 28 a 42 puntos familia disfuncional y de 14 a 27 puntos familia severamente disfuncional y el inventario de Beck (Anexo 3)

el cual cuenta con 21 ítems, y su escala de medición es: sin depresión menor de 9 puntos, depresión leve de 10 a 18 puntos, depresión moderada de 19 a 29 puntos y depresión grave mayor a 30 puntos. Al niño portador de dermatitis atópica se entregó el inventario CDI (Anexo 4) para identificar sintomatología depresiva en los niños conformado por 27 ítems; en cuanto más alto es el puntaje, mayor nivel de depresión. Evaluando niño sin depresión Menor de 7 puntos, de 7 a 12 puntos depresión ligera, 13-17 puntos depresión moderada e igual o mayor de 18 puntos depresión grave.

A todos los entrevistados se les informó que su participación era voluntaria, que podían dejar de contestar en cuanto así lo desearan, y que la información proporcionada sería confidencial.

Se diseñaron cuatro hojas para la recolección de datos, la primera (Anexo 5) con el formato de captura del paciente donde se registro nombre, número de seguridad social, edad, sexo, domicilio, teléfono, consultorio, turno, nombre del padre o tutor y fecha de elaboración, la segunda con el formato de historia clínica del paciente (Anexo 6), la tercera hoja para la recolección de los datos del paciente (Anexo 7), donde se registro el nombre del paciente, número de seguridad social, edad, sexo, unidad de medicina familiar de adscripción, número de consultorio, turno, tiempo de diagnóstico de la dermatitis atópica, tratamiento farmacológico y puntaje obtenido en el cuestionario de CDI y la cuarta hoja donde se recabaron los siguientes datos de la madre (Anexo 8): nombre, número de seguridad social, edad, escolaridad, ocupación, puntaje de cuestionario de FF-SIL y puntaje del inventario de BECK.

Finalmente se informó de los resultados a los padres y se canalizaron aquellos casos que así lo ameritaron.

XI. ANALISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y error estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 18.0). Se presentan tablas de contingencia y gráficos de barra en frecuencias y porcentajes. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información FF-SIL, el inventario de depresión de Beck (IDB) y el inventario de depresión Infantil (CDI) se validaron en la muestra mediante el estimador Alpha de Cronbach, a la vez que se reconfirmó por el método de mitades (Spearman-Brown), por lo tanto se consideraron que eran adecuados para efectuar las mediciones propuestas.

INSTRUMENTO	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
Dinámica Familiar (FF-SIL)	14	.884	.912
Inventario de Depresión de Beck (IDB)	21	.744	.717
Inventario de Depresión Infantil (CDI)	27	.775	.773

Para la asociación de variables se utilizó el estadístico de contraste no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas serán las que asocien a un *P-valor* <0.05. Se ejecutó análisis de varianza (ANOVA) de una vía, por nivel de depresión tanto de la madre como del niño, así como los diferentes dominios por la funcionalidad familiar.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización de este estudio está acorde a las consideraciones de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en México y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989; así como los códigos y normas internacionales vigentes con las buenas prácticas de la investigación clínica, las cuales establecen las normatividad científica, técnica y administrativas para la investigación en salud.

1. El estudio es observacional y no implica intervenciones.
2. Se respetará en todo caso la confidencialidad. (Artículo 13 de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud).
3. Se considera que el estudio es clasificado “sin riesgo” (Artículo 17 de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud).
4. Es un estudio que presenta riesgo inferior al mínimo. (Categoría II del Artículo 17 de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud).

El consentimiento informado cuenta con lo establecido por dichas normas como lo es el nombre del estudio, beneficios del mismo así como asegura la confidencialidad de los datos generados por el estudio, cuenta con el nombre del investigador a cargo y al ser requisitado se conto con la firma del padre o tutor del menor y la de un testigo.

Por lo que esta investigación tiene un riesgo inferior al mínimo.

El proyecto conto con la aprobación del Comité local de Ética e investigación médica del HGR 1.

XIII. RESULTADOS

Se incluyeron en estudio 34 pacientes con edades de 7 a 15 años con una media de 9.97 ± 2.4 años. De ellos el 53% (18) del genero masculino y el 47% (16) del género femenino (Figura 1).

El tiempo de diagnóstico de la DA fue de 3.18 ± 2.1 años.

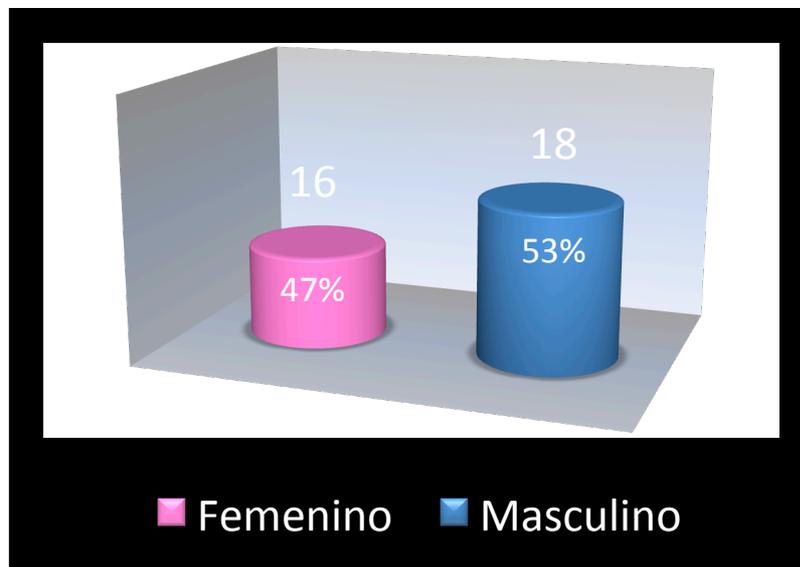


FIGURA 1. Distribución de los pacientes por género.

Respecto a las madres de los niños la edad media fue de 35.88 ± 6.5 años. De acuerdo al nivel de escolaridad materna se encontró el 11.8% con primaria terminada, el 44.1% con secundaria completa, el 23.5% con preparatoria, el 14.7% con nivel técnico y el 5.9% con carrera profesional concluida. El 50% se dedicaba al hogar, el 38.2% eran empleadas de instituciones públicas o privadas y 11.8% se dedicaba al comercio.

En la figura 2 se muestra el nivel de percepción del funcionamiento familiar según el FF-SIL por las madres, el 55.9% (19) de las familias fueron percibidas según la madre como moderadamente funcionales, el 32.4% (11) como funcionales y el 11.8% (4) como disfuncionales.

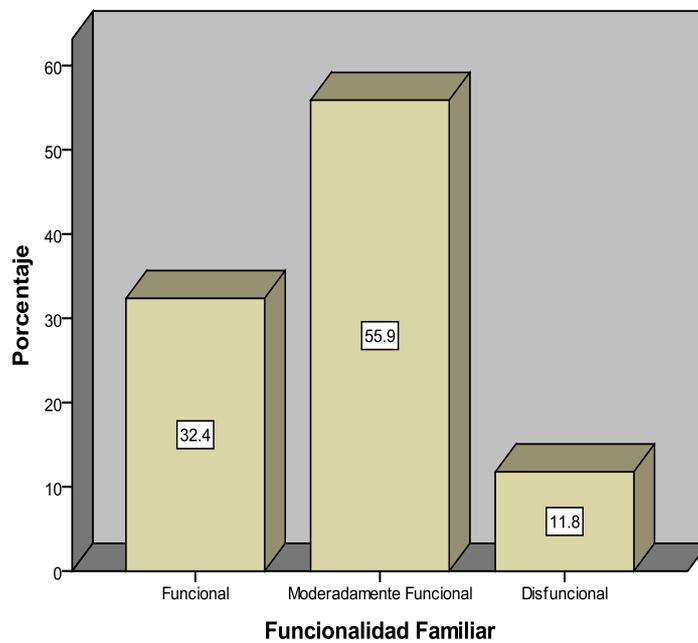


FIGURA 2. Percepción del Funcionamiento familiar según el FF-SIL por las madres.

En la figura 3 mostramos los diferentes niveles de depresión encontrada en las madres, de ellas la depresión leve con el 47.1% (16), el 5.8% (2) fueron portadoras de depresión moderada y el 47.1% (16) sin depresión.

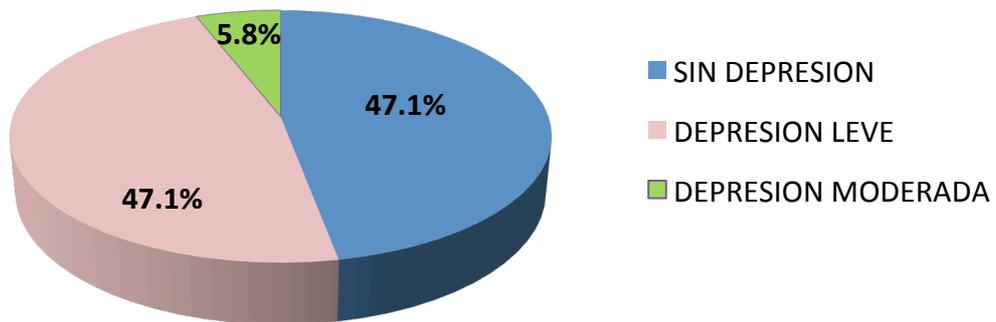


FIGURA 3. Distribución del nivel de depresión en las madres.

En lo que respecta al nivel de depresión del niño según su intensidad mediante la aplicación del inventario CDI, encontramos que el 35.3% (12) se encontraba sin depresión, el 35.3 (12) con depresión ligera, el 17.6% (6) con depresión moderada y el 11.8% (4) con depresión grave. (Fig. 4)

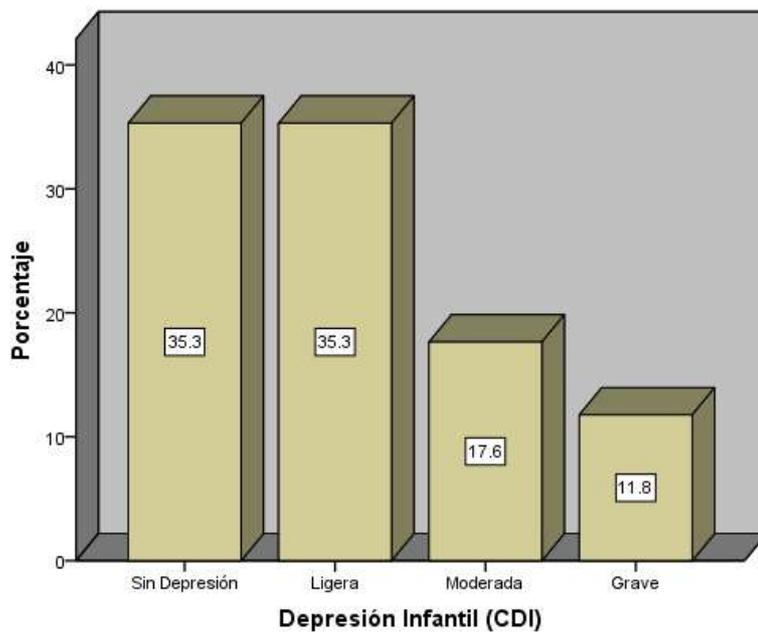


FIGURA 4. Nivel de depresión del niño con DA.

Tabla I, se realizó comparación por grados de depresión y genero, en donde el 55.6% (10) de los hombres se encontraron sin depresión y las mujeres con el 12.5%(2), la depresión ligera tiene un mayor porcentaje en las mujeres con el 43.8% (7) en el los hombres el 27.8% (5), mismo comportamiento en la depresión moderada en los hombres el 5.6% (1) y en las mujeres el 31.3% (5)y la depresión grave con un comportamiento muy similar en ambos géneros. Nosotros encontramos que la depresión fue más frecuente en el género femenino, el nivel que predominó en mayor proporción correspondió a depresión ligera.

Tabla I. Distribución del nivel de depresión en el niño por género.

Genero	Sin depresión		Depresión Ligera		Depresión Moderada		Depresión Grave		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%		
Masculino	10	55.6%	5	27.8%	1	5.6%	2	11.1%	18	100%
Femenino	2	12.5%	7	43.8%	5	31.3%	2	12.5%	16	100%

TABLA II, La asociación de la funcionalidad familiar y los diferentes grados de depresión en la madre mostró: en la familia funcional el 14.7% (5) sin depresión y el 17.6% (6) fue portador de depresión leve, en la familia moderadamente funcional predominó las familias sin depresión con el 32.4% (11), y con depresión leve el 23.5% (8), en la familia disfuncional se encontró mismo porcentaje 5.9% respectivamente para las familias con depresión leve y moderada, en esta asociación se encontró significancia estadística.

TABLA II. Nivel de depresión de la madre y el funcionamiento familiar.

Nivel de Depresión de la Madre	Funcionalidad Familiar						Total	
	Funcional		Moderadamente Funcional		Disfuncional			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin Depresión	5	14.7%	11	32.4%			16	47.1%
Leve	6	17.6%	8	23.5%	2	5.9%	16	47.1%
Moderada					2	5.9%	2	5.9%
								p=0.001**

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

** Cifra estadísticamente muy significativa (P<0.001)

** Cifra estadísticamente muy altamente significativa (P<0.0001)

TABLA III, se observa la asociación del funcionamiento familiar y los diferentes grados de depresión en los niños, en la familia funcional predominó con el 11.8% (4) niños sin depresión, mismo porcentaje para la depresión ligera y moderada del 8.8% (3) y 2.9% (1) con depresión grave. En la familia moderadamente funcional también predominaron los niños sin depresión en el 23.5% (8), pero el porcentaje más elevado de depresión grave se ubicó en este tipo de familia con el 8.8% (3), el 17.6% (6) con depresión ligera y 5.9% (2) con depresión moderada, y en la familia disfuncional el 8.8% (3) son portadores de depresión ligera y 2.9% (1) con depresión moderada en esta disfuncionalidad no se encontraron niños sin depresión, en esta asociación no se encontró significancia estadística.

TABLA III. Nivel de Depresión del niño y funcionamiento familiar.

		Funcionalidad Familiar						Total	
		Funcional		Moderadamente Funcional		Disfuncional			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de Depresión del niño	Sin Depresión	4	11.8%	8	23.5%			12	35.3%
	Ligera	3	8.8%	6	17.6%	3	8.8%	12	35.3%
	Moderada	3	8.8%	2	5.9%	1	2.9%	6	17.6%
	Grave	1	2.9%	3	8.8%			4	11.8%
	Sig.								.449

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

TABLA IV, en la asociación del funcionamiento familiar y el género del niño se encontró en la familia disfuncional en los niños fueron portadores de depresión leve y moderada con el mismo porcentaje 5.6% (1), en las niñas se encontró el mismo comportamiento relacionado con la depresión en ellas fue del 6.3%, en la familia funcional llama la atención que el 22.2% (4) son portadores de depresión leve en los niños y de 12.5% (2) de las niñas, y en la familia moderadamente funcional en los niños el 27.8% (5) son portadores de depresión leve y en las niñas el 18.8% (3). No se encontró asociación estadísticamente significativa del género del niño con DA y percepción del funcionamiento familiar ($p=.053$) para el género masculino y ($p=.077$) para el género femenino.

TABLA IV. Relación por género del paciente y funcionamiento familiar.

Genero				Funcionalidad Familiar			Total
				Funcional	Moderadamente Funcional	Disfuncional	
Masculino	Nivel de Depresión	Sin Depresión	No.	2	5		7
			%I	11.1%	27.8%		38.9%
	Leve	No.	4	5	1	10	
		%	22.2%	27.8%	5.6%	55.6%	
	Moderada	No.			1	1	
		%I			5.6%	5.6%	
Total			No.	6	10	2	18
			%	33.3%	55.6%	11.1%	100.0%
Femenino	Nivel de Depresión	Sin Depresión	No.	3	6		9
			%I	18.8%	37.5%		56.3%
	Leve	No.	2	3	1	6	
		%	12.5%	18.8%	6.3%	37.5%	
	Moderada	No.			1	1	
		%			6.3%	6.3%	
Total			No.	5	9	2	16
			%	31.3%	56.3%	12.5%	100.0%

En la tabla V, mostramos que en las familias funcionales las madres sin depresión el 27.3% (3) de los hijos son portadores de depresión ligera y el 9.1% (1) portador de depresión grave, las madres con depresión leve el 27.1% (3) de los hijos fueron portadores de depresión moderada y mismo porcentaje para los hijos sin depresión. En las Familias moderadamente Funcional, en las madres sin depresión el 26.3% (5) de los hijos fueron portadores de una depresión ligera y el 10.5% (2) con depresión grave, mismo porcentaje depresión ligera e hijos sin depresión. En la familia disfuncional en las madres con depresión leve el 25% (1) de los hijos presentaron una depresión moderada, mismo porcentaje para los hijos portadores de una depresión ligera y en las madres portadoras de depresión moderada el 50% (2) de los hijos presentaron una depresión ligera, al buscar la significancia estadística en esta relación se encontró una $p < 0.05$ en la relación de las familias funcionales y la depresión infantil.

Tabla V. Distribución de la población de estudio de acuerdo a la relación de la funcionalidad y los niveles de depresión materna y depresión infantil.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DEPRESIÓN MATERNA	DEPRESIÓN INFANTIL										Sig.
		Sin depresión		Ligera		Moderada		Grave		Total		
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Funcional	Sin depresión	1	9.1	3	27.3	0	0	1	9.1	5	45.5	.047*
	Leve	3	27.1	0	0	3	27.1	0	0	6	54.5	
Moderadamente Funcional	Sin depresión	2	10.5	5	26.3	2	10.5	2	10.5	11	57.9	.082
	Leve	6	31.6	1	5.3	0	0	1	5.3	8	42.1	
Disfuncional	Sin depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.248
	Leve	0	0	1	25	1	25	0	0	2	50	
	Moderada	0	0	2	50	0	0	0	0	2	50	

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$)

TABLA VI, al correlacionar los grados de depresión de la madre y los dominios de la funcionalidad familiar encontramos que en la depresión moderada las medias son más bajas y de ellas, adaptabilidad y permeabilidad fueron las más afectadas, siguiéndole armonía, afectividad y roles, en la depresión leve las medias en armonía, comunicación, afectividad y roles fueron más elevadas que en las familias sin depresión, en estas correlaciones se encontró significancia con: armonía, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

TABLA VI. Relación entre el nivel de depresión de la Madre y dominios de la escala del funcionamiento familiar.

DOMINIO	Sin Depresión N = 16 $\bar{X} \pm E.E$	Leve N = 16 $\bar{X} \pm E.E$	Moderada N = 2 $\bar{X} \pm E.E$	F	Sig.
Cohesión	7.56 ± 0.38	7.50 ± 0.60	7.00 ± 3.00	.061	.941
Armonía	7.63 ± 0.34	7.94 ± 0.39	4.00 ± 1.00	6.437	.005*
Comunicación	7.56 ± 0.37	7.88 ± 0.44	5.00 ± 2.00	2.540	.095
Permeabilidad	7.25 ± 0.48	6.69 ± 0.41	3.00 ± 0.00	5.067	.012*
Afectividad	7.69 ± 0.43	8.06 ± 0.56	4.00 ± 2.00	3.494	.043*
Roles	7.63 ± 0.34	7.94 ± 0.39	4.00 ± 1.00	6.437	.005*
Adaptabilidad	7.06 ± 0.30	7.00 ± 0.36	3.00 ± 1.00	8.336	.001**

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

** Cifra estadísticamente muy significativa (P<0.001)

** Cifra estadísticamente muy altamente significativa (P<0.0001)

TABLA VII, mostramos los dominios del FF-SIL y su relación con los grados de depresión de los niños, en el dominio de cohesión, la media más elevada se encontró en los niños sin depresión y la más baja con depresión ligera. Armonía la media más alta se encontró con la asociación con depresión moderada y la más baja en depresión grave, comunicación la media más elevada se encontró en la depresión grave y la más baja en depresión moderada, en permeabilidad la media más elevada se encontró en el grupo sin depresión y la más baja en los portadores de depresión ligera, en afectividad la media más elevada se ubico en los niños portadores de depresión grave y la más baja en el grupo depresión ligera, en roles la media más elevada se encontró en el grupo de depresión moderada y la más baja en los niños portadores de depresión grave, en adaptabilidad la media más elevada se encontró en los niños portadores de depresión grave y la más baja en depresión ligera. En ninguna de estas correlaciones se encontró significancia estadística.

TABLA VII. Relación entre los niveles de depresión del niño y los dominios del cuestionario FF-SIL.

DOMINIO	N	$\bar{X} \pm E.E$	F	Sig.	DOMINIO	N	$\bar{X} \pm E.E$	F	Sig.
Cohesión			.332	.802	Afectividad			1.088	.369
Sin Depresión	12	7.92 ± 0.41			Sin Depresión	12	8.00 ± 0.40		
Ligera	12	7.08 ± 0.72			Ligera	12	6.75 ± 0.79		
Moderada	6	7.33 ± 1.20			Moderada	6	8.17 ± 1.04		
Grave	4	7.75 ± 0.47			Grave	4	8.50 ± 0.64		
Armonía			.953	.427	Roles			.953	.427
Sin Depresión	12	7.83 ± 0.45			Sin Depresión	12	7.83 ± 0.45		
Ligera	12	7.58 ± 0.55			Ligera	12	7.58 ± 0.55		
Moderada	6	7.83 ± 0.54			Moderada	6	7.83 ± 0.54		
Grave	4	6.25 ± 0.85			Grave	4	6.25 ± 0.85		
Comunicación			1.62	.206	Adaptabilidad			2.175	.112
Sin Depresión	12	8.25 ± 0.37			Sin Depresión	12	7.08 ± 0.31		
Ligera	12	7.00 ± 0.53			Ligera	12	6.08 ± 0.55		
Moderada	6	6.83 ± 0.79			Moderada	6	6.67 ± 0.61		
Grave	4	8.25 ± 1.10			Grave	4	8.25 ± 0.75		
Permeabilidad			1.568	.218					
Sin Depresión	12	7.42 ± 0.45							
Ligera	12	5.83 ± 0.66							
Moderada	6	7.33 ± 0.88							
Grave	4	6.50 ± 0.64							

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

TABLA VIII. Muestra la correlación de los diferentes dominios de FF-SIL y la funcionalidad familiar donde se encontramos que en general las medias más bajas se ubicaron en la familia disfuncional y los dominios con medias más bajas fueron: permeabilidad, afectividad y adaptabilidad, los dominios de armonía y roles sus media fueron mejores, en la familia moderadamente funcional, sus medias son inferiores a la familia funcional pero superiores a la disfuncional, la media más baja se encontró en el dominio de permeabilidad, el resto de los dominios tienen una medias con variaciones discretas, en la familia funcional el dominio con la media más baja fue en adaptabilidad seguido por permeabilidad, el resto de los dominios sus medias presentan discretas variaciones. Al buscar la significancia de los diferentes dominios con la funcionalidad familiar en todos se encontró significancia estadística.

TABLA VIII. Relación entre el grado de funcionamiento familiar y dominios del cuestionario FF-SIL.

DOMINIO	Funcional N = 11 $\bar{X} \pm E.E$	Moderadamente Funcional N = 19 $\bar{X} \pm E.E$	Disfuncional N = 4 $\bar{X} \pm E.E$	F	Sig.
Cohesión	9.09 ± 0.28	7.16 ± 0.31	4.75 ± 1.79	11.375	.000***
Armonía	8.91 ± 0.21	7.16 ± 0.31	5.75 ± 1.25	9.642	.001**
Comunicación	8.82 ± 0.26	7.37 ± 0.35	5.00 ± 0.91	11.440	.000***
Permeabilidad	7.82 ± 0.58	6.74 ± 0.34	3.75 ± 0.47	9.169	.000***
Afectividad	9.09 ± 0.36	7.68 ± 0.35	3.50 ± 0.95	20.909	.000***
Roles	8.91 ± 0.21	7.16 ± 0.31	5.75 ± 1.25	9.642	.001**
Adaptabilidad	7.73 ± 0.19	6.89 ± 0.30	3.75 ± 0.62	17.828	.000***

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

** Cifra estadísticamente muy significativa (P<0.001)

** Cifra estadísticamente muy altamente significativa (P<0.0001)

No encontramos asociación entre el grado de escolaridad de la madre ni el nivel de depresión en la madre ($\chi^2=2.692$, gl 8, $p=0.925$).

No se encontró asociación entre la ocupación de la madre y el nivel de depresión en la madre ($\chi^2=3.800$, gl 4, $p=0.434$).

No se encontramos asociación entre el tiempo de diagnóstico de la DA del niño y el nivel de depresión de la madre ($\chi^2=7.252$, gl 14, $p=0.925$).

No se encontró asociación entre el tiempo de diagnóstico de la DA y el nivel de depresión del niño ($\chi^2=19.340$, gl 21, $p=0.563$).

XIV. DISCUSIÓN

Las familias con un integrante que presenta alguna patología crónica, suelen presentar problemas en la dinámica familiar, lo cual se relaciona a lo encontrado en esta investigación en donde la percepción del funcionamiento familiar por las madres se presentó con predominio hacia la disfunción moderada en un 55.9% y en menor predominio el 11.8% como disfuncionales. La enfermedad afecta a los niños pequeños con la participación activa de los padres en los cuidados y de alto impacto posterior en la vida familiar⁽⁶³⁾. Existen otros estudios donde se comenta que la disfunción familiar es más evidente sobre todo cuando el miembro enfermo es hijo, lo que en ocasiones tiene un impacto profundo sobre las perspectivas sociales, personales, emocionales y financieras de las familias⁽⁶⁴⁾. Bockelbrink y cols (2006) encontraron mayor desintegración de la familia cuando un hijo tiene dermatitis atópica⁽⁶⁵⁾.

En lo que respecta a los niveles de depresión en madres se encontró predominio la depresión leve con el 47.1% y el 5.8% fueron portadoras de depresión moderada, esto congruente con lo encontrado con investigaciones previas en las madres con hijos portadores de dermatitis atópica, donde se describe que las madres presentan conducta depresiva, con desesperanza, ansiedad y sobreprotección en sus hijos, así como son más sobreprotectoras. Estos resultados ponen de relieve la importancia del apoyo psicológico a las madres de niños con dermatitis atópica⁽⁶⁶⁾. Otros estudios también han demostrado mayor angustia parental presente en los niños con DA⁽⁶⁷⁾.

En este estudio encontramos en los niños predominio de depresión ligera en el 35.3%, el 17.6% con depresión moderada y el 11.8% con depresión grave. Slattey y cols. (2011) encontraron en un estudio realizado en 36 adolescentes con dermatitis atópica que el 29.63% cursaban con depresión, lo cual es nuestro estudio es mayor ya que el 64.7% de los pacientes se encontraban con algún nivel de depresión⁽⁶⁸⁾. Estos resultados complementan los hallazgos anteriores que muestran que los niños con dermatitis atópica tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta, trastornos psicológicos, y las deficiencias en las actividades y las relaciones personales y desintegración de la familia cuando

un niño tiene dermatitis atópica⁽⁶⁹⁾. Otras investigaciones han encontrado mayor predisposición en la intensidad y la prevalencia de la depresión que los niños sanos⁽⁷⁰⁾.

En nuestra investigación, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de disfunción familiar percibido por la madre y el nivel de depresión en el niño. Lo que coincide con investigaciones previas donde se encontró un pobre impacto de la dermatitis atópica en el funcionamiento familiar⁽⁷¹⁾.

Al asociar la percepción del funcionamiento familiar y el nivel de depresión en las madres con el nivel de depresión en los niños encontramos una asociación significativa en la relación de las familias funcionales y la depresión infantil. Lo que es similar a estudios anteriores donde la dermatitis atópica se considera más que una desfiguración cosmética y los trastornos dermatológicos están asociados con una variedad de problemas psicopatológicos que pueden afectar al paciente, su familia y la sociedad en conjunto⁽⁷²⁾.

Al determinar la asociación entre el nivel de depresión de la madre y la percepción por esta del funcionamiento familiar, se encontró una asociación significativa. Lo que coincide con los resultados encontrados por Wenninger y cols (2000) donde se muestra que la percepción del cuidador se asocia con mayor impacto familiar de la DA en los niños⁽⁷³⁾.

Una de las limitaciones del presente estudio, son los tipos de los instrumentos aplicados, ya que se tratan de encuestas y las respuestas dadas pueden ser de manera subjetiva.

XV. CONCLUSIONES

En nuestra cultura en la que se sobrevalora una piel lisa y perfecta, la visión de una piel sucia y desfigurada suele acarrear consecuencias como la estigmatización, el rechazo social, limitaciones sociales y la evitación social que se suman a otros factores estresantes en la vida del paciente; así mismo puede establecerse mayor preocupación en sus cuidadores o en toda la familia.

- Los resultados demuestran que existe relación entre familia funcional, depresión del niño y depresión en su madre.
- Al evaluar la función familiar percibida por la madre se observó predominio de la familia moderadamente funcional.
- En el grupo de madres estudiadas se mostró la tendencia hacia la depresión leve.
- En el grupo de pacientes estudiados se mostró que los niños con DA presentan depresión de ligera a grave.
- Se estableció que las madres que perciben a su familia como disfuncional son portadoras de algún grado de depresión. Los niños que pertenecen a familias disfuncionales presentaron depresión.

XVI. SUGERENCIAS

- 1.- A los médicos del primer nivel de atención que investiguen el funcionamiento familiar en las familias con hijos portadores de dermatitis atópica y brinde una atención integral y orientada hacia el apoyo emocional a nivel familiar.
- 2.- Al Médico Familiar que en los casos de difícil control, investigue las condiciones psicosociales de los niños portadores de dermatitis atópica.
- 3.- A Trabajo Social que aborde dentro de sus programas la importancia del apoyo de la familia e integre a estos pacientes con el fin de brindar orientación grupal.
- 4.- Al a Coordinación Clínica de Educación Investigación en Salud, en su programación involucre estos aspectos que vinculen, la funcionalidad familiar, la problemática emocional y las exacerbaciones de la enfermedad.
- 5.- Nuevos estudios con una muestra más representativa.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Raap U, Werfel T, Jaeger B, Schmid-Ott G. Atopic dermatitis and psychological stress. *Hautarzt* 2003;54(10):925-9.
- 2.-Schmid GP, Ballmer WB, Balmer WB. Atopic dermatitis- Current insights into the path physiology and management. *Ther Umsch.* 2010;67(4):175-85.
- 3.-Hashiro M, Okumura M. Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity. *J Dermatol Sci* 1997;14(1):63-7.
- 4.-Garg A, Chren MM, Sands LP, et al. Psychological stress perturb epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol* 2001;137:53-9.
- 5.-Werfel T, Breuer K. Role of food allergy in atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4: 379-85.
- 6.-Aziah MS, Rosnah T, Mardziah A, Norzila MZ. Childhood atopic dermatitis: a measurement of quality of life and family impact. *Med J Malaysia* 2002;57(3):329-39.
- 7.-Ricci G, Bendandi B, Aiazzi R, Patrizi A, MasiM. Three years of Italian experience of an educational program for parents of young children affected by atopic dermatitis: improving knowledge produces lower anxiety levels in parents of children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2009;26(1):1-5.
- 8.-Staab D, Von RU, Kehrt R, et al. Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol* 2002;13(2):84-90.
- 9.-Schafer T, Ring J. Epidemiology of allergic disease. *Allergy* 1997;52(38):14-22.

- 10.-Baena CC, Teijeiro A. Allergic diseases in children in South America. *ACI International* 2000;(1):35-38.
- 11.-Downs SH, Marks GB, Sporik R, Belosouva EG, Car NG, Peat JK. Continued increase in the prevalence of asthma and atopy. *Arch Dis Child* 2001;84:20–23.
- 12.-Mortz CG, Lauritsen JM, Bindslev-Jensen C, Andersen KE. Prevalence of atopic dermatitis, asthma, allergic rhinitis, and hand and contact dermatitis in adolescents. The Odense Adolescence Cohort Study on Atopic Diseases and Dermatitis. *Br J Dermatol* 2001;144(3):523-32.
- 13.-Rodríguez Orozco AR, Nuñez Tapia RM. Prevalencia de Dermatitis Atópica en niños de 6 a 14 años de edad en Morelia, Michoacán. *Rev Alerg Mex* 2007;52(1):20-23.
- 14.-Schultz LF, Hanifin J. Epidemiology of atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2002 Feb;22(1):77-84.
- 15.-Dennis H, Rostill H, Reed J, Gill S. Factors promoting psychological adjustment to childhood atopic eczema. *J Child Health Care* 2006;10(2):126-39.
- 16.-Oh SH, Bae BG, Park CO, et al. *Acta Derm Venereol.* Association of stress with symptoms of atopic dermatitis 2010;90(6):582-8.
- 17.-Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics* 2004;114(3):607-11.
- 18.-Warschburger P, Buchholz HT, Petermann F. Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life?. *Br J Dermatol* 2004;150(2):304-11.
- 19.-Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB Jr, Manuel JC. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatr Dermatol* 2005;22(3):192-9.

- 20.-Arndt J, et al. Stress and atopic dermatitis. Arch Derm 2001;137: 53– 59.
- 21.-Hashizume H, Takigawa M. Anxiety in allergy and atopic dermatitis. Curr Opin Allergy. Clin Immunol 2006;6(5):335-9.
- 22.-Höring CM. Atopic dermatitis. Psychosomatic and psychotherapeutic treatment. Hautarzt 2008;59(4):308-13.
- 23.-Jafferany M, Vander SA, Dumitrescu A, Hornung RL. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. Int J Dermatol 2010;49(7):784-9.
- 24.-Lewis JS. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. Int J ClinPract.2006;60(8):984-92.
- 25.-Dennis H, Rostill H, Reed J, Gill S. Factors promoting psychological adjustment to childhood atopic eczema. J Child Health Care 2006;10(2):126-39.
- 26.-Kelsay K, Klinnert M, Bender B. Addressing psychosocial aspects of atopic dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am 2010;30(3):385-96.
- 27.- Bautista SA. Rodríguez GL. Epidemiología de la depresión en México. Vigilancia Epidemiológica 2001; 39(18):3.
- 28.-Ayuso MJ. Depresión una prioridad en salud pública. Med Clin Bare 2004; 123(5): 181-6.
- 29.-Bello M, Puentes RE, Medina ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex 2005;47(1):4-11.
- 30.-Borges G, Medina ME, López MS. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Publica Mex 2004;46:451-463.

- 31.- Vargas BE, Heinze G, García J, Fernández MA, Dickinson ME. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* 2004;47(5):187-191.
- 32.-Folks DG, Warnock JK. Psychocutaneous Disorders. *Current Psychiatry Reports* 2001; 3:219-225.
- 33.- Shin M, Chung S, Lee S. The relationships among severity score, behavioral problem, parental stress, maternal depression, and social support in children with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immun* 2007;280.
- 34.- Hergüner S, Kiliç G, Karakoç S, Tamay Z, Tüzün U, Güler N. Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol*. 2011; 164; 1342-47.
- 35.- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46:417-424.
- 36.-Boschetti FB. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004;6(3):61-63.
- 37.-Benito A, Aparicio M, Briones A. Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2000;5(1):1-11.
- 38.- Moreno CS, Boschetti FB, Monroy CC, Irigoyen CA, Dorantes BP. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. *Arch Med Fam* 2003;5(3):89-91.
- 39.-Dos Santos PJ, Béria JU, Alonso FF, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001;28(8):543-549.

- 40.-Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in childrens and adolescents: addressing unmet neet in primary care settings. *Biol Pshychiatry* 2001;49:111-1120.
- 41.-Steinhausen HC, Winkler MC. Adolescent selftrated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *J Youth Adolescence* 2000;29(4):427-440.
- 42.-Gutiérrez CA, Barrera PJ, Cuevas A, Serdán SL. Formas clínicas de depresión. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continúa en medicina familiar. Libro 2. Distrito Federal, México: Intersistemas; 2000. 5-44.
- 43.-Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D, et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997;42:9-22.)
- 44.-Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:255-262.)
- 45.-Lopez J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema* 2007;19(1):72-80.
- 46.-Garre OJ, Hernández FM, Lozano GM, Vilalta FJ, Turón EA, Cruz RM, Campos RG, López PS. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Rev Neurol* 2000;31:522-527.
- 47.-Nigenda G, López OM, Matarazzo C, Juárez RC. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Publica Mex* 2007;49:286-294.
- 48.-Lawson V, Lewis JM, Finlay AY, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire.Br *J Dermatol* 1998;138(1):107-13.

- 49.-Sarkar R, Raj L, Kaur H, Basu S, Kanwar AJ, Jain RK. Psychological disturbances in Indian children with atopic eczema. *J Dermatol* 2004;31(6):448-54.
- 50.-Vargas MJ, González ZC. Escuela para padres: El funcionamiento familiar. *Centro regional de investigación en psicología México* 2009;3(1):19-22.
- 51.-Zegers B, Larrain ME, Polaino LA, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesion y Adaptabilidad familiar en la población chilena (CAF) DE Olson, Russel & Sprenkle para el diagnostico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev. Chil.neuro-psiquiatr.* (revista en la Internet). 2003 Ene (citado 2009 Dic 09):41(1):39-54. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo>.
- 52.-Ortega Avelay A, Osorio Pagola M, Fernández Vidal A. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del medico y la enfermera de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(2).
- 53.-Juárez MS, Hernández RF, López CA. Relaciones intrafamiliares en familias hiperdemandantes de atención médica en medicina familiar. *Arch Med Fam* 2003;5(4):104-108.
- 54.-Gómez Clavelina F, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas E. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación y la estructura de la funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-57.
- 55.-López PG, Morfín MB, Huerta LJ, Mejía C, López LA, et al. Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la ciudad de México. *Rev Alerg Mex* 2009;56(3):72-79.
- 56.-Louro Bernal I, Modelo teórico –metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Tesis de doctora en ciencias de la Salud. La Habana, Cuba 2004.

57.-Friedberg RD, Sinderman SA. CDI Scores in Pediatric Psychiatric Inpatients: A Brief Retrospective Static Group Comparison. *Depress Res Treat* 2011;134-179.

58.-Timbremont B, Braet C, Dreessen L. Assessing depression in youth: relation between the Children's Depression Inventory and a structured interview. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004;33(1):149-57.

59.-Ruiz PJ. Cuestionario de percepción del mundo (CPM); fiabilidad interna y sus relaciones con el inventario de depresión de Beck en una muestra de conveniencia. *CES Psico* 2008;1(1):1-4.

60.-Torres M, Hernández E, Hortega HA. Validez y reproductibilidad del Inventario para Depresión Beck en un hospital de Cardiología. *Salud Ment* 1991;14(2):1-6.

61.-Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Ment* 1998;21(3):26-31.

62.-Crespo M, López J, Zarit S. Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20(6):591-592.

63.-Ricci G, Bendandi B, Bellini F, Patrizi A, Masi M. Atopic dermatitis: quality of life of young Italian children and their families and correlation with severity score. *Pediatr Allergy Immunol* 2007;18: 245–249.

64.-Su JC, Kemp AS, Varigos GA, Nolan TM. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch Dis Child* 1997; 76:159–62.

65.-Schäfer A, et al. Atopic eczema in children: another harmful sequel of divorce. *Allergy* 2006;61(12):1397-1402.

66.-Pauli PU, Darui A, Beckmann D. Infants with Atopic Dermatitis: Maternal Hopelessness. *Child-Rearing Attitudes and Perceived Infant Temperament. Psychother Psychoso* 1999;68:39–45.

67.-Balkrishnan R, Housman T, Carroll C, Feldman S, Fleischer A. Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. Arch Dis Child 2003;88:423-427.

68.-Slattery MJ, et al. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis 2011;128(3):668-71.

69.-Bockelbrink A, Heinrich J, Schäfer I, et al. Atopic eczema in children: another harmful sequel of divorce. Allergy 2006;61(12):1397-1402.

70.-Brzoza Z, Badura B, Nowakowski M, Matysiakiewicz J, Rogala B, Hese RT. Psychiatr Pol 2005;39(4):691-9.

71.-Faught J, Bierl C, Barton B, Kemp A. Factors promoting psychological adjustment to childhood atopic eczema. Arch Dis Child 2007; 92: 683-686.

72.-Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007;9(3):203-13.

73.-Wenninger K, Kehrt R, von Räden U, Lehmann C, Binder C, Wahn U, Staab D. Structured parent education in the management of childhood atopic dermatitis: the Berlin model. Patient Educ Couns 2000; 40(3):253-61.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Lugar y fecha: Morelia, Michoacán a _____ de _____ del 2011.
Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Funcionamiento familiar y depresión en madres e hijos de 7 a 15 años portadores de dermatitis atópica.**
Registrado ante el Comité local de Investigación Médica con el número: R-2012-1602-30

El objetivo del estudio es: **Conocer el grado de depresión en niños portadores de dermatitis atópica y su relación con la depresión en sus madres y el funcionamiento familiar.**

Los beneficios que obtendrá el paciente al participar en este estudio son: **lograr un manejo integral del paciente en el primer nivel de atención médica.**

Se me ha explicado que la participación mía y de mi hijo consistirá en: **Aplicación de encuestas, elaboración historia clínica y examen físico.**

Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: EL PRESENTE ESTUDIO NO OCASIONA DAÑO ALGUNO, PUESTO QUE ES SOLO INTERROGATORIO.

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento.

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 en el instituto.

El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi representando (a) en el mismo.

Nombre y firma de los padres o tutores o representante legal

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

Testigos

Dra. Viridiana Farías Arguello Residente de Medicina Familiar. Matricula 98170477

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

NOMBRE _____ EDAD: _____ NO. DE
 AFILIACION _____ ESTADO CIVIL: _____ NUMERO DE INTEGRANTES DE
 LA FAMILIA _____

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 14 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz la opción que mejor refleje su situación actual en la familia.

	<i>Casi nunca (1).</i>	<i>Pocas veces (2).</i>	<i>A veces (3).</i>	<i>Muchas veces (4).</i>	<i>Casi siempre (5).</i>
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

ANEXO 3
INVENTARIO DE BECK

NOMBRE _____ EDAD: _____
 NUMERO DE AFILIACION: _____ FECHA: _____

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

<p>1. No me siento triste. _____ Me siento triste. _____ Me siento triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza. ____ Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo. _____</p>	<p>12. No he perdido el interés por las personas. _____ Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre _____ He perdido casi todo mi interés por otras personas _____ He perdido todo mi interés por otras personas. _____</p>
<p>2. No me siento particularmente desanimado ante el futuro _____ Me siento desanimado con respecto al futuro. _____ Siento que no me espera nada bueno en el futuro. _____ Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar _____</p>	<p>13. Tomo decisiones casi siempre. _____ Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre. _____ Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes _____ Ya no puedo tomar decisiones. _____</p>
<p>3. No creo que yo sea un fracaso. _____ Creo que he fracasado más que cualquier persona normal _____ Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos ____ Creo que soy un fracaso absoluto como persona. _____</p>	<p>14. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre _____ Me preocupa el hecho de parecer viejo y sin atractivos _____ Me preocupa seriamente mi aspecto, y parezco poco atractivo. _____ Pienso que soy feo. _____</p>
<p>4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes. _____ No disfruto de las cosas tanto como antes. _____ Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada. _____ Estoy insatisfecho o aburrido de todo. _____</p>	<p>15. Puedo trabajar tan bien como antes. _____ Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo. _____ Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. _____ No puedo trabajar en absoluto. _____</p>
<p>5. No me siento especialmente culpable. _____ No me siento culpable una buena parte del tiempo. _____ Me siento culpable casi siempre. _____ Me siento culpable todo el tiempo. _____</p>	<p>16. Puedo dormir tan bien como antes. _____ No puedo dormir tan bien como antes. _____ Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir. _____ Me despierto varias horas antes que de costumbre y no puedo volver a dormir. _____</p>
<p>6. No creo que esté siendo castigado. _____ Creo que puedo ser castigado. _____ Espero ser castigado. _____ Pienso que estoy siendo castigado. _____</p>	<p>17. No me canso más que de costumbre. _____ Me canso más fácilmente que de costumbre. _____ Me canso sin hacer nada. _____ Estoy demasiado cansado como para hacer cualquier cosa _____</p>
<p>7. No me siento decepcionado de mí mismo. _____ Me he decepcionado a mí mismo. _____ Estoy en conflicto conmigo mismo. _____ Me odio. _____</p>	<p>18. Mi apetito no es peor que de costumbre. _____ Mi apetito no es tan bueno como antes. _____ Mi apetito está mucho peor ahora. _____ Ya no tengo apetito. _____</p>
<p>8. No creo ser peor que los demás. _____ Me critico por mis debilidades o errores. _____ Me culpo siempre por mis errores. _____ Me culpo de todo lo malo que sucede. _____</p>	<p>19. No he perdido mucho peso últimamente. _____ He bajado más de dos kilos y medio. _____ He bajado más de cinco kilos. _____ He bajado más de siete kilos y medio. _____</p>
<p>9. No pienso en el suicidio. _____ Pienso en matarme, pero no lo haría. _____ Me gustaría matarme. _____ Me mataría si tuviera la oportunidad. _____</p>	<p>20. No me preocupo por mi salud más que de costumbre _____ Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. ____ Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa. _____ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa. _____</p>
<p>10. No lloro más de lo de costumbre. _____ Ahora lloro más de lo que lo solía hacer. _____ Lloro todo el tiempo. _____ Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera _____</p>	<p>21. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. ____ Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba antes _ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo _____ He perdido por completo el interés en el sexo. _____</p>
<p>11. Las cosas no me irritan más que de costumbre. _____ Las cosas me irritan más que de costumbre. _____ Estoy irritado una buena parte del tiempo. _____ Me siento irritado todo el tiempo. _____</p>	<p>PUNTUACION TOTAL: _____</p>

ANEXO 4

INVENTARIO- CDI Población infantil

NOMBRE _____ EDAD: _____

NÚMERO DE AFILIACION: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este Cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO: De vez en cuando leo libros

- Siempre leo libros
- De vez en cuando leo libros
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS. DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy triste de vez en cuando. ----- <input type="radio"/> Estoy triste muchas veces. ----- <input type="radio"/> Estoy triste siempre. ----- 	<p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía. ----- <input type="radio"/> Muchas cosas malas son culpa mía. ----- <input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. -----
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca me saldrá nada bien ----- <input type="radio"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien-- <input type="radio"/> Las cosas me saldrán bien----- 	<p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No pienso en matarme----- <input type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría----- <input type="radio"/> Quiero matarme. -----
<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas. ----- <input type="radio"/> Hago mal muchas cosas. ----- <input type="radio"/> Todo lo hago mal----- 	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días ----- <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchos días----- <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando-----
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me divierten muchas cosas----- <input type="radio"/> Me divierten algunas cosas----- <input type="radio"/> Nada me divierte----- 	<p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre----- <input type="radio"/> Las cosas me preocupan muchas veces----- <input type="radio"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando-----
<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Soy malo siempre----- <input type="radio"/> Soy malo muchas veces----- <input type="radio"/> Soy malo algunas veces----- 	<p>12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me gusta estar con la gente----- <input type="radio"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente--- <input type="radio"/> No quiero en absoluto estar con la gente. -----
<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas ----- <input type="radio"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas. ----- <input type="radio"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles----- 	<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No puedo decidirme----- <input type="radio"/> Me cuesta decidirme----- <input type="radio"/> Me decido fácilmente-----

<p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me odio----- <input type="radio"/> No me gusta como soy ----- <input type="radio"/> Me gusta como soy----- 	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo buen aspecto----- <input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan-- <input type="radio"/> Soy feo-----
<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes---- <input type="radio"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes. ----- <input type="radio"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes----- 	<p>22.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo muchos amigos. ----- <input type="radio"/> Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más-- <input type="radio"/> No tengo amigos. -----
<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormirme----- <input type="radio"/> Muchas noches me cuesta dormirme. ----- <input type="radio"/> Duermo muy bien. ----- 	<p>23.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio es bueno. ----- <input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes----- <input type="radio"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien-----
<p>17.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy cansado de cuando en cuando----- <input type="radio"/> Estoy cansado muchos días----- <input type="radio"/> Estoy cansado siempre----- 	<p>24.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños. ----- <input type="radio"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños- ---- <input type="radio"/> Soy tan bueno como otros niños. -----
<p>18.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer--- <input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer. ----- <input type="radio"/> Como muy bien. ----- 	<p>25.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nadie me quiere. ----- <input type="radio"/> No estoy seguro de que alguien me quiera. ----- <input type="radio"/> Estoy seguro de que alguien me quiere. -----
<p>19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad. ----- <input type="radio"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. ----- <input type="radio"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad. -- ----- 	<p>26.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Generalmente hago lo que me dicen. ----- <input type="radio"/> Muchas veces no hago lo que me dicen. ----- <input type="radio"/> Nunca hago lo que me dicen. -----
<p>20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca me siento solo. ----- <input type="radio"/> Me siento solo muchas veces----- <input type="radio"/> Me siento solo siempre----- 	<p>27.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me llevo bien con la gente----- <input type="radio"/> Me peleo muchas veces.----- <input type="radio"/> Me peleo siempre.-----
<p>21.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio----- <input type="radio"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando <input type="radio"/> Me divierto en el colegio muchas veces. ----- 	

PUNTUACION TOTAL: _____

ANEXO 5

FORMATO DE CAPTURA DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

NSS: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

DOMICILIO:

TELEFONO: _____

CONSULTORIO: _____

TURNO: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

ANEXO 6

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

FECHA DE ELABORACION:

NOMBRE:

NSS:

EDAD:

SEXO:

LUGAR DE ORIGEN:

LUGAR DE RESIDENCIA:

RELIGION:

ESCOLARIDAD:

TIPO DE INTERROGATORIO:

PERSONA RESPONSABLE:

SIGNOS VITALES: FC FR TEMP TALLA PESO

EXPLORACION FISICA GENERAL:

CABEZA:

CUELLO:

TORAX:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES:

PIEL Y ANEXOS:

ANEXO 7
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:

NSS:

EDAD DEL PACIENTE:

SEXO:

UMF DE ADSCRIPCION:

TURNO:

CONSULTORIO:

TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA DERMATITIS ATOPICA:

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

CALIFICACION DEL CUESTIONARIO CDI:

ANEXO 8

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DE LA MADRE

NOMBRE DE LA MADRE:

NSS:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

CALIFICACION DEL CUESTIONARIO FF-SIL:

CALIFICACION DEL INVENTARIO BECK: