



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN**



**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58**

**Relación entre la presencia de Episodio Depresivo Mayor y
Disfuncionalidad Familiar en niños de 8-12 años de edad que acuden
a consulta de Pediatría del HGZ 58**

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2020-1503-060

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

PRESENTA:

ANGÉLICA BALTAZAR ANTONIO

ASESOR:

**DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERÍA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 63**

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503.
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 002 2017033

FECHA Lunes, 30 de noviembre de 2020

Dra. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarla, que el protocolo de investigación con título **Relación entre la presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en niños de 8-12 años de edad que acuden a consulta de Pediatría del HGZ 58** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2020-1503-060

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

GERARDO VARGAS SANCHEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

BALTAZAR ANTONIO ANGÉLICA

AUTORIZACIONES:

DRA. ROSA MARÍA PIÑA NAVA

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.

DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DRA. AURORA ZUÑIGA MURO

ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DEL HGZ 58

DRA. ROCIO BAUTISTA DE ANDA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HGZ 58

DRA. SANDRA GRISSEL GARCIA CAMPOS

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ 58

DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERÍA

ASESOR DE TESIS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF 63

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58 "GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO"

COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACION DE TESIS:

"RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y DISFUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PEDIATRIA DEL HGZ

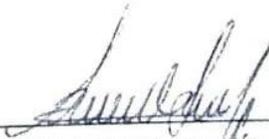
58"



DRA. AURA ZUÑIGA MURO
ENCARGADA DE DIRECCION HGZ 58



DRA. ROCIO BAUTISTA DE ANDA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. SANDRA GRISEL GARCÍA CAMPOS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis asesores, Dra. Robles Rentería Elvira Evelyn y Dr. López García César Carlos, especialistas en Medicina Familiar, por su guía, orientación y consejos en cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados obtenidos.

También quiero agradecer al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme todos los recursos que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación, no hubiera podido llegar a estos resultados sin sus facilidades otorgadas.

Por último, quiero agradecer a todos mis compañeros y a mi familia, por apoyarme incondicionalmente, en especial, a mis padres y hermanos, que siempre estuvieron allí para darme palabras de apoyo y motivarme constantemente para alcanzar mis metas.

DEDICATORIA

Dedicó esta tesis en memoria de mi amiga Karen Rosales Monroy, quién me inspiró a luchar y esforzarme siempre por mis metas y anhelos.

ÍNDICE

Resumen estructurado.....	7
Marco teórico.....	9
Justificación.....	21
Planteamiento del problema.....	22
Objetivos.....	23
Hipótesis.....	23
Sujetos, Material y Métodos.....	24
Aspectos éticos.....	32
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	43
Cronograma de actividades.....	44
Resultados.....	45
Análisis de Resultados.....	57
Discusión.....	59
Conclusiones.....	63
Impacto.....	65
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos.....	69

RESUMEN ESTRUCTURADO

Relación Entre la Presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en Niños de 8 a 12 Años de Edad que Acuden a Consulta de Pediatría del HGZ 58

Angélica Baltazar¹. Evelyn Robles². César López³.

1. Angélica Baltazar Antonio, Residente de 2do año de Medicina Familiar, Hospital General de Zona 58 "Las Margaritas".
2. Elvira Evelyn Robles Rentería, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF 63 San Idefonso.
3. López García César Carlos, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF 51.

Introducción: La depresión infantojuvenil es relativamente frecuente y se asocia a una morbilidad significativa aunque infradiagnosticada en niños y adolescentes. Se ha asociado con la combinación de eventos críticos familiares: muerte de familiares cercanos, separación o divorcio de los padres, padres ausentes, maltrato físico y/o verbal por parte de un familiar, abuso sexual y familia disfuncional.

Objetivo: Determinar si existe correlación entre la presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en Niños de 8 a 12 Años de edad que acuden a consulta de pediatría del HGZ 58.

Material y método: El siguiente estudio es de tipo trasversal descriptivo, se realizó en el HGZ 58 IMSS, en niños de 8 a 12 años de edad que acuden a consulta de pediatría, aplicando la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI-Kid y Apgar familiar en niños. Se tomó todo el universo de pacientes de pediatría que está conformado con base al registro de DIMAC, siendo un total de 2,388, con un nivel de confianza del 94%, y precisión del 7%, con un tamaño de la muestra de 240 niños. El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante prueba no paramétrica Chi Cuadrada de Pearson por medio de tabla de contingencia extendida y tabla de distribución Chi Cuadrada con un nivel de significancia de 0.01. Para la estadística descriptiva se utilizó tabla de frecuencias y porcentajes. **Recursos e Infraestructura:** Fueron absorbidos por el investigador principal.

Experiencia del grupo: Dra. Elvira Evelyn Robles Rentería, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud desde 2015 a la fecha, adscrita a UMF 63 San Idefonso, participación como asesor metodológico en múltiples tesis de posgrado. Dr. López García César Carlos, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud, adscrito a UMF 51, participación como asesor metodológico en múltiples tesis de posgrado. Dra. Angélica Baltazar Antonio residente de la especialidad de Medicina Familiar, conocimientos básicos de investigación en salud. **Resultados:** Se observó que el 31% de los niños estudiados presentaron Episodio Depresivo Mayor y de ellos, el 21.63% tenían algún grado de disfuncionalidad familiar. Se determinó que la Presencia de Episodio Depresivo Mayor en niños no tiene una relación estadísticamente significativa con la Disfuncionalidad

Familiar, X^2 Calculado= 0.0879192445 < X^2 Crítico = 6,635, con un nivel de significancia de 0.01.

Análisis de Resultados: De 37 niños que corresponde al 31% de la muestra total presentaron Episodio Depresivo Mayor y 83 de ellos que corresponde al 69% no lo presentaron, por lo que sólo una minoría presentó depresión en las 2 semanas previas a realización de la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI-Kid, y así mismo sólo 24 que corresponde al 20% de la muestra total presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar y 96 que corresponde al 80% tuvieron una funcionalidad familiar normal al aplicar Test de Apgar Familiar Infantil. Al comparar χ^2 calculado con χ^2 Crítico, éste fue menor, permitiendo saber que las dos variables son independientes y no se correlacionan por lo que la hipótesis no se cumple. **Discusión:** Respecto al estudio de *Javier N. Zapata-Gallardo, et. al*, a pesar de que su población estudiada fue mayor y abarcó principalmente adolescentes, a comparación de éste estudio, se puede observar que en ambos estudios se encontró que la frecuencia de depresión fue mínima y no hubo asociación estadísticamente significativa con la disfunción familiar, En su estudio *J. Garibay-Ramírez et al*, utilizó para la evaluación de la funcionalidad familiar (escala reajuste social de Thomas Holmes y Richard Rahe), la cual fue aplicada a los padres, por lo que aunque valore disfunción familiar, los niños son una población con percepciones, habilidades sociales, emocionales e individuales ante eventos estresantes, diferentes, por lo que lo ideal es utilizar instrumentos para la tamización de la funcionalidad familiar desde la percepción de los niños y adolescentes. **Conclusiones:** La Presencia de Episodio Depresivo Mayor en niños no tiene una relación estadísticamente significativa con la Disfuncionalidad Familiar, resultados que evidencian que el Episodio Depresivo Mayor es de etiología multifactorial. El Episodio Depresivo Mayor se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y es más frecuente en la infancia en niños de 8 años de edad y en la adolescencia en niños de 12 años de edad. La disfunción familiar se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino. Se requiere del estudio de otros tipos de variables que puedan influir en el desarrollo de síntomas depresivos en ésta población. **Impacto:** Si bien no hay una relación estrecha, la disfuncionalidad familiar puede actuar como factor de riesgo causal o precipitante de la depresión, de allí que la forma de enfrentar las crisis de las familias, las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre sus integrantes, basados sobre el respeto y la autonomía fungan como factores protectores contra la depresión en la población infantil y adolescente. Sería conveniente que para futuras investigaciones, se estudien nuevos tipos de variables que puedan influir en el desarrollo de síntomas depresivos en ésta población, para ampliar los conocimientos en pro de un desarrollo biopsicosocial adecuado de ésta población tan cambiante y vulnerable.

MARCO TEÓRICO

La depresión infantojuvenil constituye una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en esta edad cuando se dan una combinación de síntomas que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo. Es relativamente frecuente y se asocia a una morbilidad significativa aunque infradiagnosticada en niños y adolescentes, aproximadamente dos tercios de los adolescentes con depresión clínica no están reconocidos ni tratados. ⁽¹⁾

Actualmente, la depresión mayor representa uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en niños y adolescentes, ha sido un tema muy discutido en las últimas décadas, pasando de su negación antes de la adolescencia tardía hasta su reconocimiento como entidad propia en edades tempranas, presenta similitudes con la del adulto, variando enormemente la clínica en función de las diferentes etapas del desarrollo de niño. ⁽¹⁾

De acuerdo con el DSM-5, es un trastorno del estado de ánimo depresivo o irritable casi todos los días y durante la mayor parte del día, durante más de dos semanas. Este trastorno altera el desarrollo normal del niño a adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales. ⁽¹⁾

La depresión afecta en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que, alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo, el 20% de niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental. Su prevalencia es de un 2% en niños y un 4-8% en adolescentes, aumentando con la edad, y con claras diferencias por sexos después de la pubertad ya que después de los 14 años, el trastorno depresivo es dos veces más común en las niñas, esto debido quizás a los cambios hormonales que se presentan durante este periodo. ⁽³⁾

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) a niños y adolescentes de 6 a 17 años, se encontró, que más del 6 % de ellos, habían padecido algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses. Otros estudios afirman que arriba del 15 % de los niños y adolescentes poseen algún síntoma o síntomas de un trastorno

depresivo mayor, éste trastorno puede presentarse en cualquier periodo de la vida, siendo el inicio de la enfermedad en edades tempranas, como en la niñez y la adolescencia. ⁽³⁾

Entre 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que es representativa de la población urbana entre 18 y 65 años. Los resultados indicaron que la prevalencia del Episodio Depresivo Mayor (EDM) alguna vez en la vida fue del 7.2%, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre (9.8% y 4.4%, respectivamente). Los análisis para identificar la edad de inicio de este trastorno mostraron que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un EDM durante la infancia y/o la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres de casi 3:1 (2.8% y 1.1%, respectivamente). ⁽³⁾

Entre toda la población adulta que ha padecido un EDM alguna vez en su vida, el 27.5% lo tuvo antes de los 18 años de edad, la probabilidad de tener un siguiente EDM fue 1.8 veces mayor entre quienes iniciaron en la niñez o la adolescencia. Las personas con EDM temprano tuvieron el doble de episodios a lo largo de su vida en comparación con quienes su inicio fue en la adultez (6.8 vs 3.1 episodios, respectivamente), por lo que si las personas recibieran tratamiento en su primer EDM, sería menos probable que padecieran otro. ⁽³⁾

Los factores de riesgo incluyen aumento de cortisol y disminución de la hormona del crecimiento; reducción de la acción del neurotransmisor cerebral serotonina, experiencias de fracaso, ausencia de control sobre los acontecimientos negativos e indefensión, baja autoestima, pocas habilidades sociales de comunicación y obtención de pocos refuerzos por parte de personas significativas; depresión parental, muerte precoz de uno de los padres, conflicto o divorcio mal estructurado, problemas familiares, niños que pasan demasiado tiempo solos y delante del ordenador, videojuegos y televisión; niños que tienen un padre o ambos padres con depresión. Estos factores de riesgo se asocian con la aparición, duración y recurrencia de trastornos del humor. ⁽⁴⁾

Hablar de familia, es referirse al núcleo germinador de la sociedad con todas sus manifestaciones e implicaciones, lo que hace la familia, hace la sociedad, por ello es que la funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar. ⁽¹⁰⁾.

La familia es la encargada de mantener satisfactoriamente el equilibrio de sus integrantes. Los padres son el entorno más inmediato del niño, el apego entre madre e hijo es el motor de una adecuada integración social y personal del niño. Los padres influyen de manera importante en la construcción de una adecuada autoestima y de la incentivación para afrontar y proporcionar a sus hijos las herramientas necesarias para un adecuado manejo de la frustración. ⁽⁵⁾

Constantemente se están produciendo cambios adaptativos y estos cambios se hacen desde la organización interna, pero también existen cambios por la posición externa que se guarda con la comunidad, por ejemplo, la dinámica familiar puede estar influida por un ambiente social amistoso y hacer que la familia fomente en sus miembros una importante movilidad social. Un ambiente social lleno de peligros puede hacer que una familia se desintegre o por el contrario, puede ser que unifique más a la familia, como un reforzamiento defensivo. Desde toda esta gama de respuestas emocionales, las familias viven, sobreviven, se integran o se desintegran. ⁽¹¹⁾

En la actualidad para muchos autores la funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. ⁽¹⁰⁾

De esta manera, familias funcionales son las que cumplen, en mayor o menor grado, las obligaciones que tiene cada miembro del sistema. Son seis los requisitos que se deben cumplir en la familia para que exista funcionalidad:

1. Proveer el alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida.
2. Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.
3. Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar. Ser el vínculo de identidad que proporciona la seguridad para enfrentar experiencias nuevas.
4. Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura.
5. Promover la identidad social, que ayuda a aceptar la responsabilidad social.
6. Fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual. ⁽¹¹⁾

Por lo tanto la disfuncionalidad familiar son todos los trastornos que producen disminución en el funcionamiento del sistema familiar. Puede significar dolor y agresión, ausencia de afectos de bienestar, deterioro y posible desintegración. ⁽¹¹⁾

Así la depresión infantil se ha asociado con la combinación de eventos críticos familiares: muerte de familiares cercanos, separación o divorcio de los padres, padres ausentes, maltrato físico y/o verbal por parte de un familiar, abuso sexual y familia disfuncional. ⁽⁵⁾

En una familia funcional los sentimientos de amor y ternura son expresados en forma libre, al igual que los sentimientos de rabia, y se tiene la convicción de que nadie será destruido por un pleito temporal; en una familia disfuncional por el contrario se oculta la frustración o el enojo o bien se expresa indirectamente; esto produce un aumento de tensión que llega a la explosión y al temor de una destrucción de la familia. Lo mismo sucede con la tristeza que puede ocultarse, enmascararse con enojo o de exageración de los cuidados que se dan entre otros para evitar que se exprese, la familia puede sentirse amenazada por la existencia de este sentimiento. Si se expresa libremente la depresión y se reconfortan mutuamente, esto puede reforzar a la unidad familiar. ⁽¹¹⁾

Según Garibay-Ramírez J, hay una correlación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil, afectando en mayor porcentaje al género femenino y con mayor prevalencia en los niños de 8, 10 y 11 años de edad. En el 80% de los casos hay antecedentes familiares de depresión. ⁽⁵⁾

Los síntomas de la depresión infantil varían según la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente:

Tabla 1.

Edad	Ánimo disfórico (debe estar presente)	Conducta disfuncional (al menos cuatro presentes)
0-3	Cara triste e inexpresiva. Evitación de la mirada. Mirada lejana. Afectividad pobre. Irritabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos somáticos: retraso pondoestatural de causa no orgánica. - Falta de juego social. Persistente irritabilidad. Problemas de separación; incapacidad de separarse (12-36 meses); separación sin reacción (9-36 meses). - Dificultades conductuales. Retraso del desarrollo lenguaje motor. - Dificultades de la alimentación y del sueño.
3-5	Cara triste. Mirada de aflicción. Irritabilidad. Afectividad sombría o lábil.	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos somáticos: encopresis, enuresis, menor progreso pondoestatural. - Aislamiento social. - Exceso de actividad. - Problemas de separación, incluyendo fobia escolar. - Conducta agresiva. - Autoagresión. - Dificultades de sueño y alimentación.
6-8	Infelicidad prolongada. Irritabilidad. Afectividad sombría.	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos somáticos: quejas vagas, dolores de abdomen, eccema, enuresis, encopresis. - Disminución de la sociabilidad. - Excesiva actividad o letargo. - Conductas fóbicas y/o problemas de separación. - Conducta agresiva, mentiras, robos, preocupaciones mórbidas. - Cambios apetito/peso y trastornos de sueño. - Disminución de la capacidad de concentración. - Excesiva culpa o autodespreciación.

9-12	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incompetencia o incapacidad e irritabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos somáticos. Falta de placer en las actividades. - Inquietud o letargo. Fobia o problemas de separación. - Conducta de alto riesgo, antisocial, pensamientos mórbidos. - Trastornos del sueño y alteraciones del apetito/peso. - Disminución en capacidad de concentración. - Excesiva culpa y autodespreciación.
13-18	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad o irritabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos somáticos: anorexia nerviosa, dolores abdominales, reacción de conversión. - Anhedonia e inquietud o letargo. Fobias y/o problemas de separación y conducta antisocial. - Pensamientos recurrentes sobre muerte y suicidio. - Trastornos del sueño y cambios en el apetito y peso. - Disminución en la capacidad de concentración. - Excesiva culpa o autodespreciación.

Rodríguez de Cossío Ángela; et. al. Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 1, núm. 6, febrero, 2007, pp. 270-276.

En el DSM-IV-TR (Texto revisado del Cuarto Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la depresión pediátrica se reconoce como un grupo de trastornos cuyos síntomas fundamentales son similares a los que se observan en la depresión del adulto. En un episodio depresivo, deben de estar presentes cinco o más de los síntomas mencionados en la tabla 2 durante un periodo de dos o más semanas, que representan cambios con respecto a su conducta previa. ⁽⁴⁾

Tabla 2.

<i>Síntomas del síndrome depresivo mayor en niños y adolescentes</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de ánimo triste o irritable. ▪ Pérdida persistente del interés o de la capacidad de disfrute por las actividades favoritas. ▪ Alteraciones en los patrones del sueño. ▪ Modificaciones en el peso o en el apetito y falla en la ganancia de peso. ▪ Disminución en la capacidad de razonamiento o concentración. ▪ Preocupación o ideación suicida. ▪ Alteraciones psicomotoras como: agitación o retardo. ▪ Fatiga o pérdida de energía. ▪ Sentimientos de inutilidad o culpa.
<p>Síntomas del Síndrome Depresivo en niños y Adolescentes. La asociación de Psiquiatría de Estados Unidos (American Psychiatric Association), ha establecido que deben de estar presentes 5 o más de los síntomas mencionados durante un periodo de 2 o más semanas para clasificar a un paciente pediátrico con un episodio depresivo.</p>

Pérez García JC, et al. Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. Rev Mex Neuroci 2011; 12(3): 149-154

Cualquier niño puede sentirse triste en un momento determinado, pero para recibir el diagnóstico de episodio depresivo mayor deben cumplir los criterios diagnósticos de DSM-IV-R o CIE-10. Con cualquiera de las dos clasificaciones se puede realizar el diagnóstico Tabla 3. ⁽⁴⁾

Clasificación de acuerdo a severidad y características clínicas

Tabla 3.

DSM-5	CIE-10
Trastorno de depresión mayor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episodio único ▪ Episodio recurrente con especificadores de gravedad/psicótico/remisión 	Episodio depresivo mayor: Requiere la presencia de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo, 2. Pérdida de interés y 3. Pérdida de energía al menos 2 para los episodios depresivos leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves
Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para el diagnóstico, los síntomas provocan ligera disfunción psicosocial.	Leve: un mínimo de 4 de los 10 síntomas que incluye los dos necesario.
Moderado: Síntomas que provocan incapacidad funcional entre leve y grave.	Moderado: de 6 a 10 síntomas que incluye los dos necesarios.
Grave: Con o sin características psicóticas: varios síntomas además de los necesarios para diagnóstico, interfieren notablemente en las actividades escolares o sociales habituales, o las relaciones con los demás. Especificar si está en remisión parcial, en remisión total y no especificado.	Grave: de 8 a 10, incluye los tres necesarios. De acuerdo a su duración: Crónica cuando los síntomas están en forma continúa por más de 2 años.
Especificar con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad ▪ Con características mixtas ▪ Melancólicas 	De acuerdo a sus características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con síntomas catatónicos: Al menos dos síntomas: Inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo,

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atípicas ▪ Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo ▪ Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo ▪ Con catatonía <p>Utilizar el código adicional: Con inicio en el periparto y con patrón estacional (sólo episodio recurrente).</p>	<p>peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con síntomas melancólicos: Disminución de placer en todas o casi todas las actividades o disminución de reactividad. Más de tres de los siguientes: depresión más severa por las mañanas, insomnio terminal (2 horas o más), alteraciones psicomotoras; anorexia o pérdida de peso y culpa. ▪ Con síntomas atípicos: 2 síntomas de hipersomnias, extrema inercia corporal/sensación de pesadez, aumento del apetito o aumento de peso.
--	--

Guía clínica depresión en niños y adolescentes, hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan, N. Navarro", Pág 10.

Las personas que reciben un tratamiento eficaz durante su primer episodio depresivo son menos propensas a sufrir una recaída, sin embargo, en la mayoría de los jóvenes con depresión debido a que no son tratados por el especialista rápidamente no reciben tratamiento adecuado, lo cual los condena a una mayor duración de la depresión, así como una mayor probabilidad de repetir episodios depresivos a lo largo de su vida. ⁽⁷⁾

El proceso de evaluación diagnóstica incluye historia clínica psiquiátrica y médica general, también puede hacerse a través de una entrevista diagnóstica como el K-SADS-PL, el MINIKid, la Entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA), Entrevista semiestructurada para escolares (ESE). Su mayor aplicación es complementar la información clínica, siendo un elemento de utilidad para evaluar la severidad y el control de la evolución del paciente. ⁽²⁾

Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por estar diseñadas para aplicarse en poblaciones clínicas, y deben ser aplicadas por clínicos entrenados en psicopatología infantil, mientras que las estructuradas se caracterizan por estar diseñadas para aplicarse en poblaciones abiertas y para hacer investigaciones epidemiológicas. ⁽⁶⁾

La MINI-KID es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve, explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DMS-IV y la CIE-10, está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Existen varias versiones en español: la MINI, la MINI Plus para la investigación y la MINI Kid para niños y adolescentes. Está dirigida a los niños y adolescentes de 6 a 17 años 11 meses, puede ser administrada fácil y rápidamente aproximadamente en 25 minutos; sigue siendo la misma estructura y formato que el MINI para adultos, por lo que se basa en preguntas clave, que se ramifican a determinar la presencia o no de cada diagnóstico, con lo cual se busca reducir en número de preguntas realizadas, El MINI Kid abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y añade el riesgo de suicidio como de éstos. Las preguntas se deben leer de manera literal. Las respuestas de cada uno de los módulos se responden “si o no” y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo. ⁽⁶⁾

En varios estudios, se ha encontrado que los hijos adolescentes de padres deprimidos pueden tener un padecimiento comórbido, por ejemplo, trastornos disociales, por déficit de atención y ansiedad, etc. El interés de la relación entre el funcionamiento familiar, el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo, han llevado a evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar. ⁽⁸⁾

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar. ⁽⁹⁾

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Se ha utilizado como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. ⁽⁹⁾

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia, esto es: adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad, recursos o capacidad resolutive. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre, 4: Siempre. Interpretación del puntaje: normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9. ⁽⁹⁾

APGAR familiar para niños, Austin y Huberty en 1989 realizaron dos estudios en los cuales hicieron adaptaciones a las preguntas del APGAR y demostraron la validez y confiabilidad del APGAR familiar para su uso en niños de 8 años de edad, cada pregunta se puntúa sobre un valor de 0 a 2, obteniéndose al final un índice de 0 y 10. Interpretación, funcionalidad normal de 7-10 puntos, disfunción moderada de 4-6 puntos, disfunción grave de 0 a 3 puntos. ⁽⁹⁾

Los estudios publicados basan su abordaje terapéutico en un tratamiento psicofarmacológico. La psicoterapia sería de primera elección en depresión leve-moderada y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual, la farmacoterapia sería de primera elección en depresión moderada-severa, depresión psicótica y cuando no hay respuesta a psicoterapia en depresión leve-moderada. ⁽¹⁾

Dado el contexto psicosocial de la depresión lo ideal sería un tratamiento combinado, por tanto, multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, social y farmacológico), combinando distintos enfoques terapéuticos, dependiendo del diagnóstico, la edad del paciente y las características sociofamiliares. ⁽¹⁾

Una de las terapias que ha recibido una gran aceptación para el tratamiento de este tipo de patologías ha sido la terapia del comportamiento cognitivo (CBT Cognition Behavior Therapy). Ésta se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en el modo en que se ven ellos mismos, su entorno y el futuro, y en que estas distorsiones contribuyen a su depresión. ⁽⁷⁾

Los psicofármacos tienen carácter complementario y facilitador de psicoterapia, medidas pedagógicas e intervenciones familiares y sociales. Hay pocos estudios sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. El uso de fármacos estaría indicado en depresiones moderadas-graves cuando la intervención psicoterapéutica no consigue una mejoría suficiente, si existe una notable repercusión sobre el funcionamiento escolar o académico, existen síntomas psicóticos, si existe un alto riesgo de suicidio o el paciente se niega. ⁽¹⁾

En 1998; la Academia Americana de Psiquiatría para niños y adolescentes (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) publicó un documento, en el cual sugiere el empleo de fármacos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como primera opción en el tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes, de entre ellos, la fluoxetina ha probado su eficacia en el tratamiento de estos trastornos; asimismo, también es sugerida la psicoterapia cognitiva, ya que conjuntamente, ofrecen la mejor alternativa para el tratamiento de las depresiones infantiles. Los antidepresivos tricíclicos no son recomendados para el tratamiento al no haber demostrado su eficacia, además de producir efectos adversos importantes, debido a su cardiotoxicidad. ⁽⁴⁾

La medicación antidepresiva se debería ofrecer a un niño o a un adulto joven con depresión moderada a severa únicamente en combinación con terapia psicológica. ⁽¹⁾

JUSTIFICACIÓN

La depresión de inicio en edades tempranas implica para el individuo que la padece muchos años de interrupciones en distintos aspectos de la vida como la educación y el empleo, lo que repercute el resto de su vida en el número de relaciones interpersonales, un menor número de redes de apoyo, y como consecuencia mayor estrés, menor alcance educativo, ocupacional y económico entre otros. ⁽⁷⁾ Afecta en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que, alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo, el 20% de niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental. Su prevalencia es de un 2% en niños y un 4-8% en adolescentes, aumentando con la edad. ⁽³⁾

El componente familiar funge como uno de los principales aspectos predisponentes en el desarrollo de la depresión infantil, debido a que se ha observado mayor incidencia en hijos provenientes de sistemas familiares disfuncionales. La familia y principalmente los padres, constituyen el primer núcleo de convivencia de los hijos, cubriendo las necesidades y asegurando su supervivencia en el sentido físico y emocional. Es precisamente en este entorno donde el niño desarrollará todas sus capacidades básicas como el lenguaje, afecto, hábitos, motivaciones y autoestima, mismos con los que años más tarde construirá su vida adulta. ⁽⁵⁾

Según Garibay-Ramírez J, hay una correlación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil, afectando en mayor porcentaje al género femenino y con mayor prevalencia en los niños de 8, 10 y 11 años de edad. En el 80% de los casos hay antecedentes familiares de depresión. ⁽⁵⁾ Así la depresión infantil se ha asociado con la combinación de eventos críticos familiares: muerte de familiares cercanos, separación o divorcio de los padres, padres ausentes, maltrato físico y/o verbal por parte de un familiar, abuso sexual y familia disfuncional. ⁽⁵⁾

Se realizó el siguiente estudio para conocer la Relación entre la Presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en niños de 8 a 12 años de edad que acuden a consulta de pediatría del HGZ 58.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. En el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros.⁽⁸⁾

El interés de la relación entre el funcionamiento familiar, el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo, han llevado a evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.⁽⁸⁾

Por todo esto se realizó la investigación, surgiendo con ello la siguiente pregunta:

¿Cuál es relación entre la Presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en niños de 8 a 12 años de edad que acuden a consulta de pediatría del HGZ 58?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar si existe correlación entre la presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en Niños de 8 a 12 Años de edad que acuden a consulta de pediatría del HGZ 58.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir si existe correlación entre Episodio Depresivo Mayor y la Disfuncionalidad Familiar al aplicar los instrumentos diagnósticos.
- Conocer la frecuencia de Episodio Depresivo Mayor en niños al aplicar la entrevista MiniKid.
- Detectar alteraciones de la funcionalidad familiar al aplicar APGAR familiar en niños.
- Conocer las frecuencias y porcentajes de la presencia o ausencia de Episodio Depresivo Mayor y el nivel Funcionalidad Familiar por sexo.

HIPÓTESIS

La Presencia de Episodio Depresivo Mayor en niños tiene una relación estadísticamente significativa con la Disfuncionalidad Familiar.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

I. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO: El siguiente estudio se realizó en el Hospital General de Zona 58 IMSS, Tlalnepantla de Baz, en el Estado de México, con Unidad de Medicina Familiar 58, que otorga atención de Segundo nivel en especialidades como Otorrinolaringología, Cirugía General, Oftalmología, Cardiología, Medicina Interna, Gastroenterología, Nefrología, Traumatología y Ortopedia, Infectología, Urología, Urgencias y Pediatría, en pacientes de 8 a 12 años de edad, que acuden a la consulta de pediatría referidos por las distintas Unidades de Medicina Familiar afiliadas al Hospital y/o del servicio de Urgencias pediatría.

II. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

A) POR EL CONTROL DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL POR EL INVESTIGADOR

A.3. Observacional: ya que se presenciaron los fenómenos, sin modificar intencionalmente las variables.

B) POR CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

B.2. Retrolectivo: La captura de datos se realizó una vez realizados los instrumentos y los resultados.

C) POR LA MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN TIEMPO

C.2. Transversal: las variables fueron medidas una vez, se utilizaron dos instrumentos validados para el diagnóstico o medición de las variables.

D) POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO CONTROL

D.2 Estudio Descriptivo: Se estudió un solo grupo, no se hicieron comparaciones.

E) DE ACUERDO CON LA DIRECCIONALIDAD (RELACIÓN CAUSA-EFECTO)

E. 3. Estudio sin direccionalidad: ya que medimos la magnitud del episodio depresivo mayor en determinado tiempo y en los niños de 8 a 12 años de edad.

F) POR LA CEGUEDAD EN LA APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS MANIOBRAS

F.1. Abierto: los investigadores conocieron las condiciones de aplicación de la maniobra y los resultados de las variables de resultado.

III. GRUPOS DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Niños, hombres o mujeres de 8 a 12 años de edad.
2. Pacientes referidos de las diferentes UMF afiliadas al HGZ 58 y/o urgencias pediatría.
3. Niños con o sin factores de riesgo para Episodio Depresivo Mayor.
4. Niños con o sin Disfunción Familiar.
5. Consentimiento informado firmado por el tutor o representante legal del niño.
6. Carta de asentimiento en menores de edad con la leyenda “sí quiero participar” y nombre completo escrito por el menor.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes menores de 8 años y mayores de 12 años.
2. Pacientes que no completen los instrumentos evaluadores.
3. Pacientes con patología que dificulte o imposibilite la entrevista.
4. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
5. Tutores o representantes legales de los niño(as) que no acepten participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes y o tutores, que decidan retirarse del estudio.
2. Pacientes que cambien de domicilio.

IV. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se toma todo el universo de pacientes de pediatría que está conformado con base al registro de DIMAC (Departamento de Información Médica y Archivo Clínico) siendo un total de 2,388.

Utilizando la fórmula:

$$n_o = \frac{\frac{z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 q}{E^2 p} \right] - 1}$$

En la que:

n_o =primera aproximación al tamaño de la muestra.

z =valor de unidades "Z" bajo la curva normal, según el nivel de confianza seleccionado para el valor de la muestra.

p y q =variabilidad del fenómeno en términos de la proporción de la población objeto de estudio, que se estima tiene una característica determinada.

E =precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

N =población o universo donde se extrae la muestra.

En éste caso:

$z=1.88$ (De acuerdo a la tabla "Z" con un nivel de confianza del 94%).

$p=0.75$ (75% de posibilidad que suceda el fenómeno).

$q=0.25$ (25% de posibilidad que no suceda el fenómeno).

$E=0.07$ (7%).

$N: 2388$ (Total de niños).

Obteniendo los siguientes resultados:

$$n_o = \frac{(1.88)^2 (0.25)}{(0.07)^2 (0.75)} \left[1 + \frac{1}{2388} \left[\frac{z^2 q}{E^2 p} \right] \right]^{-1}$$

$$n_o = \frac{(3.5344)(0.25)}{(0.0049)(0.75)} \left[1 + \frac{1}{2388} \left[\frac{z^2 q}{E^2 p} \right] \right]^{-1}$$

$$n_o = \frac{0.8836}{0.003675} \left[1 + \frac{1}{2388} \left[\frac{0.8836}{0.003675} \right] \right]^{-1}$$

$$n_o = \frac{240.4353741}{\left[1 + \frac{1}{2388} \left[\quad \right] \right]^{-1}} = 240.4353741$$

$$n_o = \frac{240.4353741}{\left[1 + \frac{1}{2388} \left[\frac{239.4353741}{1} \right] \right]}$$

$$n_o = \frac{240.4353741}{1 + \left[\frac{239.4353741}{2388} \right]}$$

$$n_o = \frac{240.4353741}{1 + \left[0.100266069 \right]}$$

$$n_o = \frac{240.4353741}{1.100266069}$$

$$n_o = 218.5247558 + 10\% = 240.3772313$$

Obteniendo un tamaño de la muestra de 240 niños.

V.DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

A). VARIABLE DEPENDIENTE: Disfuncionalidad familiar

Definición conceptual: Trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar. Puede significar dolor y agresión, ausencia de afectos de bienestar, deterioro y posible desintegración.

Definición operacional: Se midió con el APGAR familiar para niños conformado por 5 elementos que evalúan la funcionalidad de la familia, esto es: adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad, recursos o capacidad resolutive, para cada pregunta se debe marcar solo una X, debe ser respondido de forma personal, cada pregunta se puntúa

sobre un valor de 0 a 2, obteniéndose al final un índice de 0 y 10. Interpretación, funcionalidad normal de 7-10 puntos, disfunción moderada de 4-6 puntos, disfunción grave de 0 a 3 puntos.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal dicotómica.

B). VARIABLE INDEPENDIENTE: Episodio Depresivo Mayor

Definición conceptual: Es un periodo, con una duración mínima de dos semanas, caracterizado por un estado de ánimo deprimido, anhedonia, cambios en el apetito, sentimientos de inutilidad o culpa, problemas para concentrarse o tomar decisiones e ideación suicida o intentos de suicidio, puede haber insomnio o hipersomnía.

Definición operacional: Se midió con la entrevista MINI-KID para niños y adolescentes de 6 a 17 años 11 meses, explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DMS-IV y la CIE-10, está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica, se basa en preguntas clave, abarca 23 trastornos psiquiátricos, las preguntas se deben leer de manera literal, las respuestas de cada uno de los módulos se responden "si o no" y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo. Episodio Depresivo Mayor se encuentra en el módulo A, Sí codifica SÍ en A1 o en A2 se procede a realizar las siguientes preguntas de A3, si el niño codifica en más de 5 respuestas positivas en total cursa con Episodio depresivo mayor actual.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal dicotómica.

C) VARIABLE DESCRIPTORA:

Edad: de 8 a 12 años.

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.

Definición operacional: años cumplidos.

Tipo de variable: cuantitativa continúa.

Indicador: años.

Sexo: Se incluyó a sexo masculino y femenino.

Definición conceptual: conjunto de características biológicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.

Definición operacional: mujer u hombre.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Indicador: masculino o femenino.

Raza: Sin distinción de raza

Definición conceptual: cada uno de los cuatro grupos étnicos en que se suele dividir la especie humana teniendo en cuenta ciertas características físicas distintivas, como el color de la piel o cabello, que se transmiten por herencia de generación en generación.

Definición operacional: tipos de raza.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Indicador: caucásica, negroide, mongoloide y cobriza.

Adscripción: Deben ser derechohabientes pediátricos del turno matutino del HGZ No. 58.

Definición conceptual: acto y el resultado de adscribir, sumar algo, incorporar a alguien a una entidad.

Definición operacional: derechohabiencia.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Indicador: derechohabiente o no derechohabiente.

VI. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio se realizó posterior a la aceptación del comité de investigación del IMSS. Se procedió a solicitar la entrada al director y las autoridades correspondientes del HGZ No. 58, Tlalnepantla, donde se proporcionaron las fechas para la aplicación de las encuestas o escalas plasmadas en anexos del trabajo.

El siguiente estudio se realizó en el consultorio de pediatría del HGZ 58, en los niños citados que acudieron a consulta referidos de sus UMF correspondientes y/o del servicio de urgencias al darlos de alta, en el turno matutino, en niños de 8 a 12 años de edad, independientemente del motivo de consulta o sexo. Se explicó a los padres los motivos del estudio, haciendo lectura de los documentos de consentimiento y asentimiento para enseguida solicitar las firmas: De consentimiento (anexo 1) y asentimiento informado (anexo 2), los cuales fueron aplicados por la Dra. Pérez Ruiz Jazmín Selene, quién se capacitó previamente a la aplicación en el aula del HGZ. 58. Posterior a la firma del consentimiento se aplicó el instrumento MINI-Kid, modulo A. Episodio depresivo mayor, de manera autoadministrada, a los niños de 8 a 12 años de edad. Se procedió a aplicar el segundo instrumento APGAR familiar para niños, de acuerdo a las instrucciones de aplicación para determinar la funcionalidad familiar, se ejecutó a cierta distancia del padre o la madre, para que no influyera en la respuesta, pero cerca para tener la confianza tanto del menor como de los padres. En los niños que aún no sabían leer, el instrumento se aplicó por el investigador.

Tiempo estimado para la aplicación del test es entre 15 y 25 minutos, aproximadamente (no se diferencia según el tipo de aplicación individual o colectiva) Auto-informe.

Los hallazgos en éstos instrumentos nos permitió analizar posteriormente los resultados por el método estadístico a continuación descrito.

VII. ANÁLISIS DE DATOS:

Para la estadística descriptiva se utilizó tabla de frecuencias y porcentajes, mediante distribución de frecuencias y porcentajes de la presencia o ausencia de Episodio Depresivo Mayor y el nivel Funcionalidad Familiar, distribución de frecuencias y porcentajes de presencia o ausencia de Episodio Depresivo Mayor según sexo, distribución de frecuencias y porcentajes de nivel de Funcionalidad Familiar según sexo.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante prueba no paramétrica Chi cuadrada de Pearson por medio de tabla de contingencia extendida, con un nivel de significancia de 0.01, utilizando como primera variable Episodio Depresivo Mayor y segunda variable Disfuncionalidad Familiar. Se utilizaron los valores o frecuencias observadas (f_o) y las esperadas (f_e), en la tabla de Distribución Chi Cuadrada para saber el grado de libertad y nivel de significancia de χ^2 crítico. Al comparar el valor de χ^2 y crítico permitió saber si las dos variables son o no independientes y/o si se correlacionan o no, permitiendo conocer si la hipótesis se cumple o no.

ASPECTOS ÉTICOS

La ética en investigación promueve la observancia de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, equidad, integridad científica, y responsabilidad en el proceso de investigación, para asegurar la protección de las personas en su integridad y derechos, contribuyendo así mismo al bienestar individual y social. ⁽¹²⁾

DECLARACIÓN DE HELSINKI

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. ⁽¹²⁾

Principio 5: En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. ⁽¹⁰⁾

Principio 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles (deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad. ⁽¹²⁾

INFORME BELMONT

La investigación se fundamentará bióticamente con el informe de Belmont, pues este hace mención sobre los límites entre la práctica e investigación, tomando en cuenta los principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia, que guiarán la secuencia de la investigación. ⁽¹³⁾

Su aplicación consiste en tres principios éticos:

A) Límites entre práctica e investigación

B) Principios éticos básicos.

1. Respeto por las personas.
2. Beneficencia.
3. Justicia.

C) Aplicaciones.

1. Consentimiento informado.
2. Valoración de riesgos y beneficios.
3. Selección de sujetos.

PRINCIPIOS ETICOS BASICOS.

Son los conceptos generales para la evaluación de las acciones humanas. Los tres principios de investigación que incluye a los sujetos humanos son:

1. RESPETO A LAS PERSONAS.

- Los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos. (Persona autónoma es el que reflexiona antes de tomar una decisión).
- Tienen derecho a ser protegidos.

Respetar las opiniones, no rechazar las decisiones de esa persona, no todos los seres humanos son capaces de tomar decisiones propias algunos pierden esta capacidad por alguna enfermedad o incapacidad mental, esto limita su decisión estas personas pueden requerir protección mientras entes incapacitadas.

- Otros pueden requerir protección completa a causa de actividades que puedan lastimarlos, deben estar seguros que las actividades pueden causar efectos adversos, estar por su propia voluntad, que pueden estar sujetos a riesgos con daño o con beneficio.
- La investigación es más frecuente en humanos los sujetos que participen deben de ser voluntarios con toda la información completa y adecuada. ⁽¹³⁾

2. BENEFICENCIA.

- No solo se va a proteger las decisiones del individuo si no también se busca su beneficio “beneficencia” (acto de bondad o caridad) aumentar el beneficio sin hacer el daño posible, “no hacer el daño” principio fundamental de la ética médica.
- El juramento Hipocrático los médicos deben en beneficio de sus pacientes “de acuerdo con su conocimiento”. Cuando se busca tener beneficios a pesar de la causa de los riesgos.
- Los investigadores esta obligados tanto en las investigaciones particulares, como en instituciones de investigación a dar a conocer en su proyecto a tener planes sobre los beneficios y la reducción de riesgos a corto o largo plazo que puedan ocurrir en su investigación en los nuevos procedimientos médicos, psicoterapéuticos y sociales.
- El principio de beneficencia tiene función bien definida y justificada en muchas ares de investigación, que incluyan sujetos humanos aun cuando el sujeto no sea beneficiario directo como para tratar enfermedades infantiles y favorecer un desarrollo saludable.
- Evitar el daño con la aplicación de prácticas cuando acepta a una investigación donde puede poner en riesgo su vida. Aún hay problema de investigación que presenta riesgo sin información específica de beneficio directo en los participantes. ⁽¹³⁾

3. JUSTICIA.

- Justicia “es la distribución” o “lo que se merece” persona que tiene derecho, imponerse a una responsabilidad.
- Deben tratarse con igualdad, la experiencia contribuye para un trato con propósitos diferentes. A cada persona se le dará participación de manera igual sin considerar su valor de cada persona.
- Justicia se ha asociado como castigos impuestos en representación política. Estas cuestiones se han asociado con la investigación científica que incluyen sujetos humanos, anteriormente la investigación se realizaba en pacientes pobres y los beneficios eran para los pacientes con buen estado económico, la investigación en prisioneros era injusta y forzada como en el campo de concentración Nazi, en 1940 el estudio sobre Sífilis de Tuskegee uso campesinos negros para alcanzar su proyecto de investigación a estos los dejaron sin tratamiento para confirmar su investigación posteriormente el tratamiento se proporcionó a la población.
- Los conceptos de justicia con la investigación que incluyen sujetos humanos deben ser seleccionadas de acuerdo a su disposición que estén comprometidos para su manipulación en lugar de ser seleccionadas en relación al problema de estudio con resultado por instituciones públicas con desarrollo de aparatos y procedimientos que los beneficios no solo sean para quien pueda pagar. ⁽¹³⁾

APLICACIONES.

1. CONSENTIMIENTO CONSCIENTE.

La persona sea capaz de elegir lo que sucederá analizando y comprendiendo con tres elementos.

INFORMACIÓN: Proporcionar suficiente información a los sujetos incluyendo los propósitos de investigación, riesgos beneficios, procedimientos, que el sujeto aclare sus dudas y este se pueda retirar de la investigación en cualquier momento.

El responsable de la investigación debe proporcionar la información específica que involucre la práctica médica, la información debe ser razonable, con amplitud dirigida al tipo de persona para considerar los riesgos a un tratamiento necesario para confirmar si realmente desea

participar en la investigación sabiendo beneficios directos y riesgos con la voluntad de su participación para los logros de objetivos y resultados de la investigación.

COMPRESIÓN: La responsabilidad del investigador es comunicar la información adaptarla a las capacidades del sujeto para que comprenda la información sobre los riesgos que sean comprendidos completa y adecuadamente es necesario hacer una prueba de comprensión ya sea oral o escrita, cuando el riesgo sea más serio mayor es la responsabilidad de la información con la comprensión de esta.

El respeto a las personas dará a elegir hasta la medida que sean capaz de participar en la investigación (los bebés, los niños menores, pacientes incapacitados mentalmente, los desahuciados y los comatosos) el permiso sea por otra persona esta debe entender la situación en las mejores condiciones para proteger contra el daño y decidir si en algún momento retirar al sujeto de investigación.

CALIDAD DE VOLUNTARIADO: Debe ser voluntariamente sin que alguien los obligue en una investigación con un consentimiento, sin que tenga recompensa o proposición para obtener el consentimiento, no influenciar al sujeto vulnerable o manipularlo.⁽¹³⁾

2. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y BENEFICIOS.

Datos para obtener beneficios que buscan la investigación este determinara los riesgos que presentarán los sujetos para ayudar a determinar si desean participar esta es relacionada con el principio de beneficencia, cuando se otorga el consentimiento consciente se deriva el principio de respeto a la persona.

LA EVALUACION SISTEMÁTICA DE RIESGOS Y BENEFICIOS: La investigación debe de ser con sus beneficios y riesgos en proporción favorable, con la probabilidad de daño o beneficio, la evaluación sea precisa entre miembros del comité de inspección para que la investigación sea razonable de acuerdo a hechos.⁽¹²⁾

3. SELECCIÓN DE SUJETOS.

La investigación no debe ofrecer beneficios solo a algunos pacientes o solo seleccionar a personas "indeseables", para investigaciones que implican riesgos.

Los investigadores trataran adecuadamente sin prejuicios sociales establecidos en la sociedad con responsabilidad y beneficios de la investigación se debe invitar que acepten riesgos para tratamiento médico por un grupo para elegir sujetos de investigación. ⁽¹³⁾

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO TERCERO

Prestación de los Servicios de Salud

CAPITULO VII

Salud Mental

ARTÍCULO72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

ARTÍCULO77. Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales. ⁽¹⁴⁾

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO101. Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

ARTÍCULO102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente: I. Solicitud por escrito; II. Información básica farmacológica y preclínica del producto; III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere; IV. Protocolo de investigación, y V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

ARTÍCULO103. En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más

cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.⁽¹⁴⁾

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: investigación sin riesgo, investigación con riesgo mínimo e investigación con riesgo mayor que el mínimo.

- I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.
- II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio

moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

- III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros. ⁽¹⁴⁾

CAPITULO III

De la Investigación en Menores de Edad o Incapaces

ARTICULO 34.-Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquélla que se realice en menores o incapaces deberá satisfacer lo que se establece en este capítulo, excepto cuando se trate de mayores de 16 años emancipados.

ARTICULO 35.-Cuando se pretenda realizar investigaciones en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se han hecho estudios semejantes en personas de mayo de edad y en animales inmaduros, excepto cuando se trate de estudiar condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

ARTICULO 36.-Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá, en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra para proporcionarlo o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz.

ARTICULO 37.-Cuando la capacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicarle lo que se pretende hacer. El Comité de Ética en Investigación podrá dispensar el cumplimiento de estos requisitos por causas justificadas. Artículo reformado DOF 02-04-2014

ARTICULO 38.-Las investigaciones clasificadas como de riesgo y con probabilidad de beneficio directo para el menor o el incapaz, serán admisibles cuando: I.-El riesgo se justifique por la importancia del beneficio que recibirá el menor o el incapaz, y II.-El beneficio sea igual o mayor a otras alternativas ya establecidas para su diagnóstico y tratamiento.

ARTICULO 39.-las investigaciones clasificadas como de riesgo y sin beneficio directo al menor o al incapaz, serán admisibles de acuerdo a las siguientes consideraciones:

I. Cuando el riesgo sea mínimo:

A).La intervención o procedimiento deberá representar para el menor o el incapaz una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual o esperada situación médica, Psicológica, social o educativa, y

B).La intervención del procedimiento deberá tener altas probabilidades de obtener conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor o del incapaz, que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.

II. Cuando el riesgo sea mayor al mínimo:

A).La investigación deberá ofrecer grandes probabilidades de entender, prevenir o aliviar un problema grave que afecte la salud y el bienestar de la niñez o de los incapaces, y

B).El titular de la institución de atención a la salud establecerá una supervisión estricta para determinar si aumenta la magnitud de los riesgos previstos o surgen otros y suspenderá la investigación en el momento en que el riesgo pudiera afectar el bienestar biológico, psicológico o social del menor o del incapaz. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo a la Ley General de Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17; y Capítulo III, Artículo 39 IA y B, antes mencionados, la Investigación se considera con Riesgo Mínimo.

El estudio se realizará previa aceptación de los comités correspondientes.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS MATERIALES: Computadora, USB, Hojas, Lápices, Bolígrafos.

RECURSOS FINANCIEROS: Los recursos de financiamiento fueron absorbidos por los investigadores.

FACTIBILIDAD: Se considera factible debido a que no se expone a riesgos ni daños innecesarios al participante.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2020		2021		
SEMESTRE	SEMESTRE 2020-2		SEMESTRE 2021-1		
MES	10-11	11-12	1-3	3-6	6-9
Delimitación y redacción de protocolo	P: X R: X				
Determinación de las variables	P: X R: X				
Actualización y revisión bibliográfica	P: X R: X				
Estandarización de pruebas	P: X R: X	P: X R: X			
Presentación ante SIRELCIS	P: X R: X				
Aprobación por Comité de Ética y Comité de Investigación/Obtención de folio y registro SIRELCIS		P: X R: X	P: X R: X		
Reclutamiento de pacientes y recolección de muestra			P: X R: X	P: X R: X	P: X R: X
Análisis de resultados, discusión y conclusiones					P: X R: X
Elaboración de escrito final					P: X R: X
Elaboración y presentación de tesis					P: X R: X

P: Planeado, R: Realizado

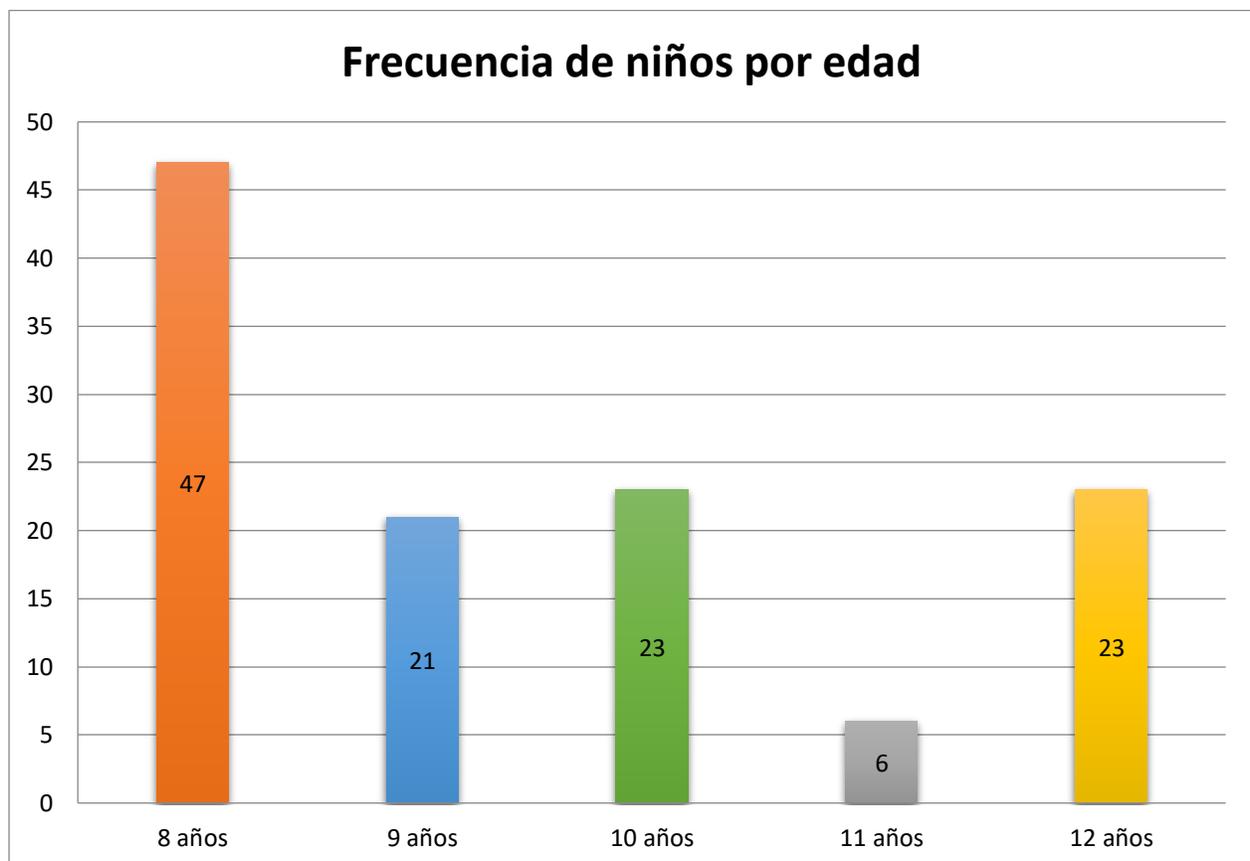
RESULTADOS

Se tomó una muestra total de 120 niños, de un rango de edad de 8 a 12 años, a quienes se autoaplicó Entrevista Neuropsiquiátrica MINI-Kid y Apgar familiar infantil, obteniendo los siguientes resultados.

Para la estadística descriptiva se utilizó tabla de frecuencias y porcentajes.

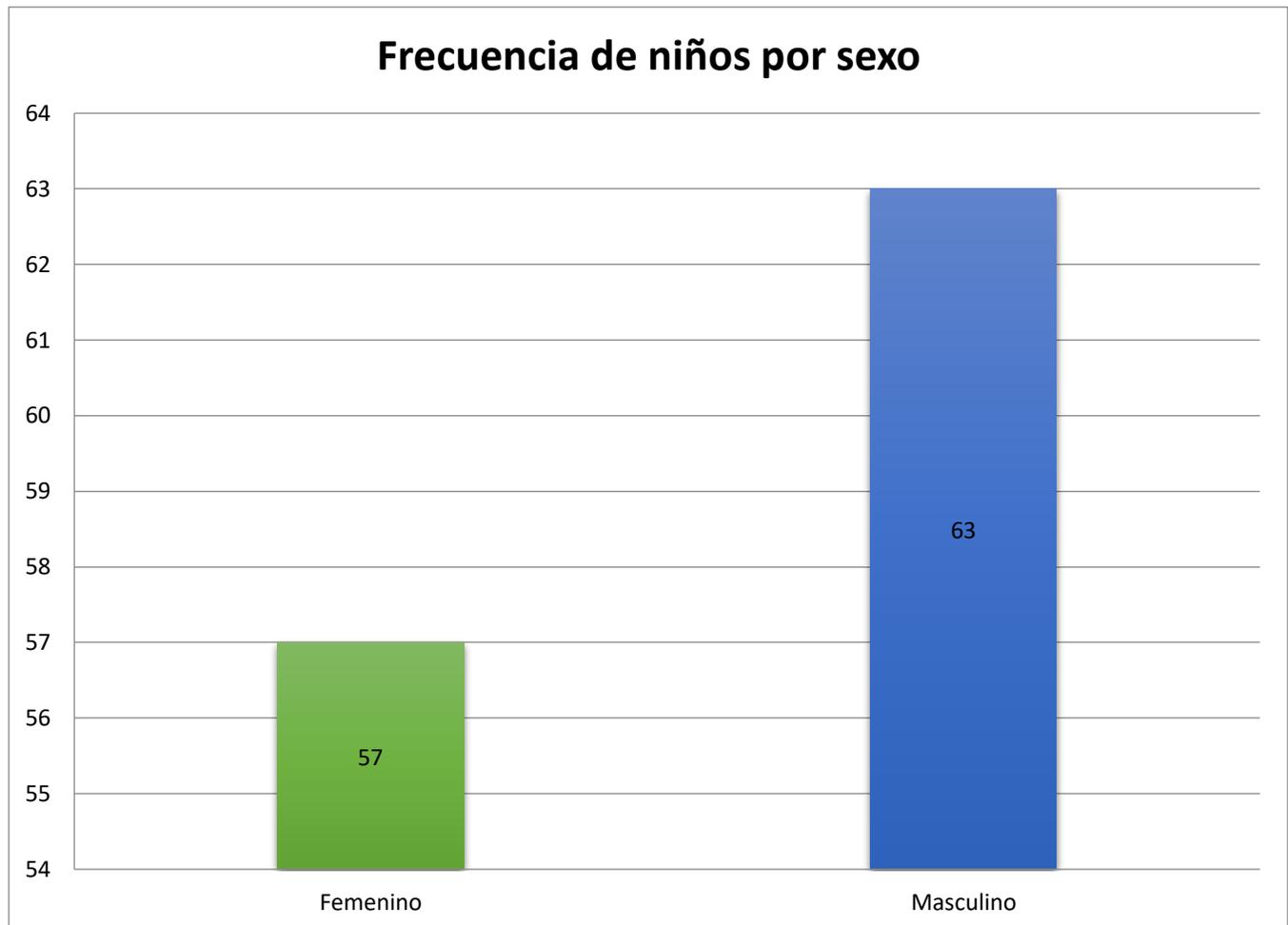
De los 120 niños, 47 fueron de 8 años, seguidos por 23 de 10 años y 23 de 12 años, además de 21 de 9 años y 6 de 11 años. Predominando la población de niños de 8 años de edad, como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 1.

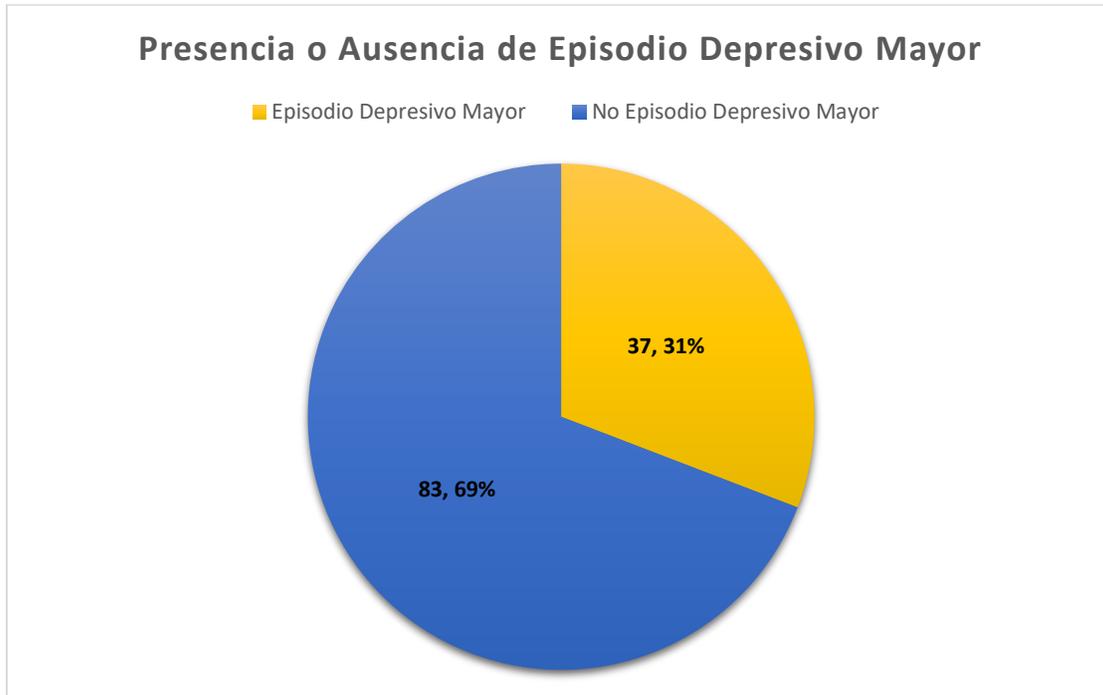


De éstos 120 niños, 57 correspondió al género femenino y 63 al masculino, predominando el sexo masculino, como se muestra a continuación.

Gráfica 2.



De los cuales 37 niños que corresponde al 31% de la muestra total presentaron Episodio Depresivo Mayor y 83 de ellos que corresponde al 69% no lo presentaron, como se muestra en la siguiente gráfica.

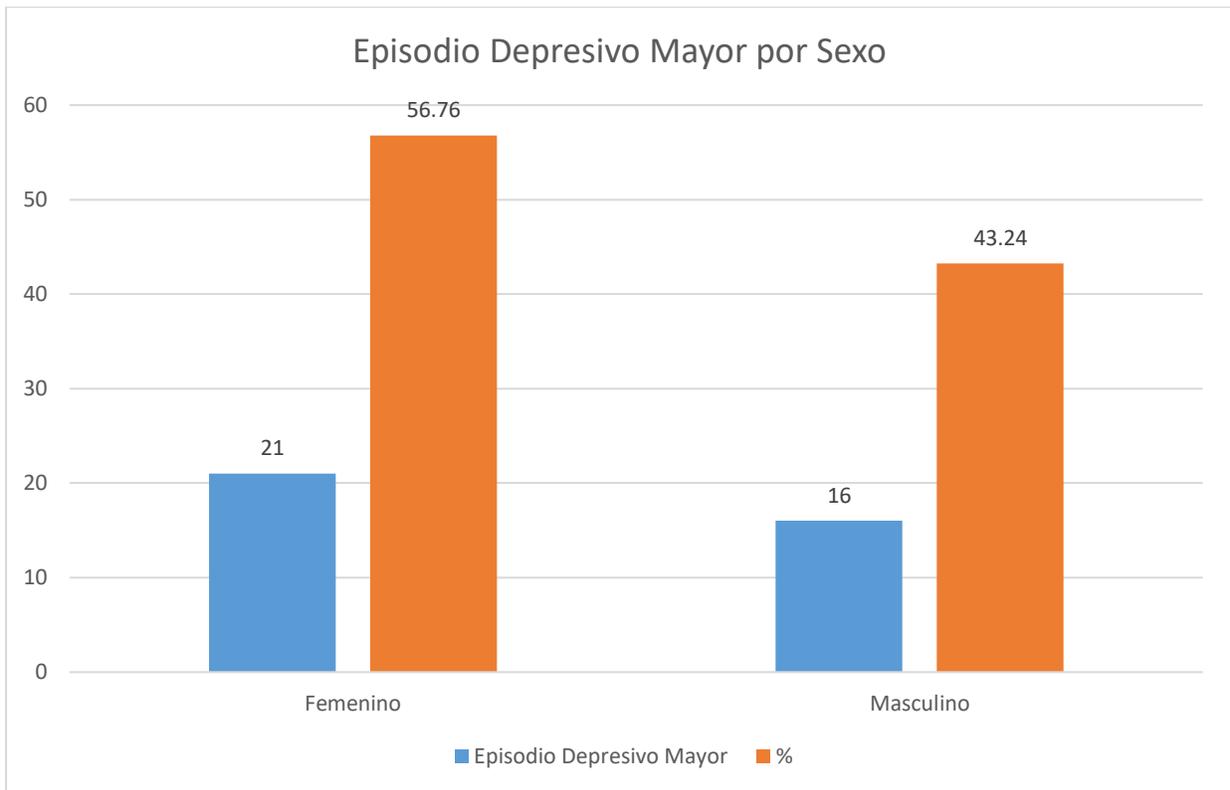
Gráfica 3. Frecuencias y porcentajes de Presencia o Ausencia de Episodio Depresivo Mayor

De los 37 niños que presentaron Episodio Depresivo Mayor 21 fueron del sexo femenino y 16 del sexo masculino, predominando éste trastorno en el sexo femenino, 83 de los niños no presentaron Depresión como se muestra en la siguiente tabla y gráficas.

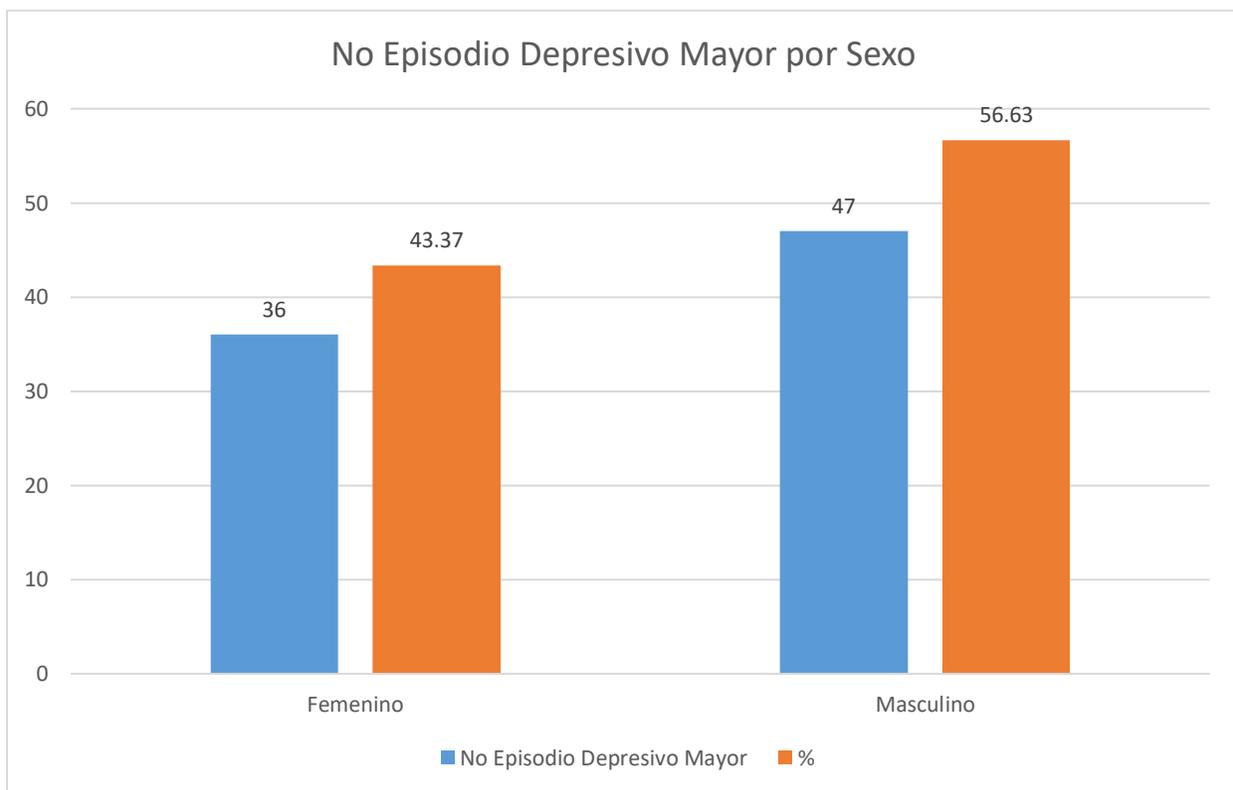
Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de presencia o ausencia de Episodio Depresivo Mayor según sexo.

	Femenino	Masculino	Total
Episodio Depresivo Mayor	21	16	37
No Episodio Depresivo Mayor	36	47	83
Total	57	63	120

Gráfica 4.

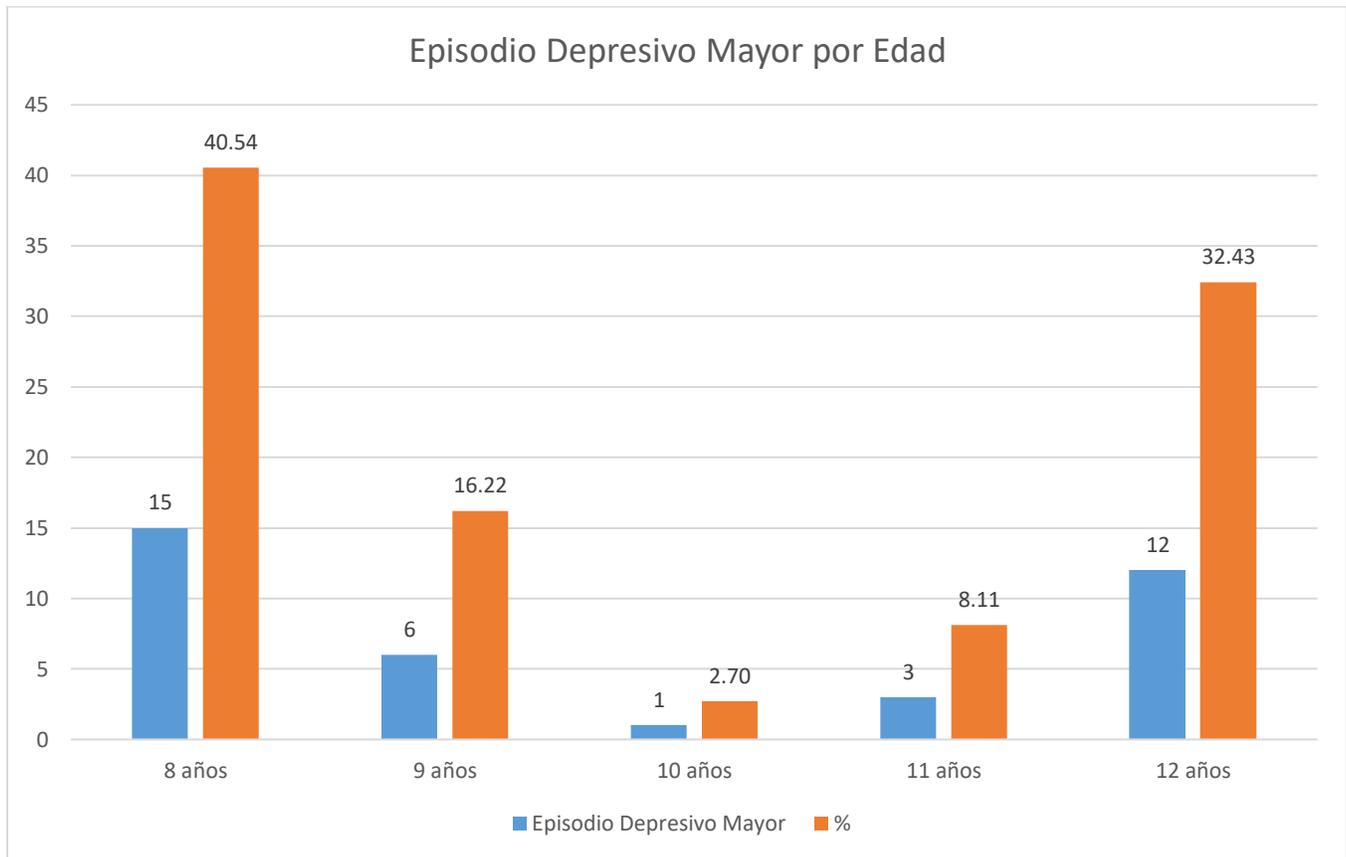


Gráfica 4a.

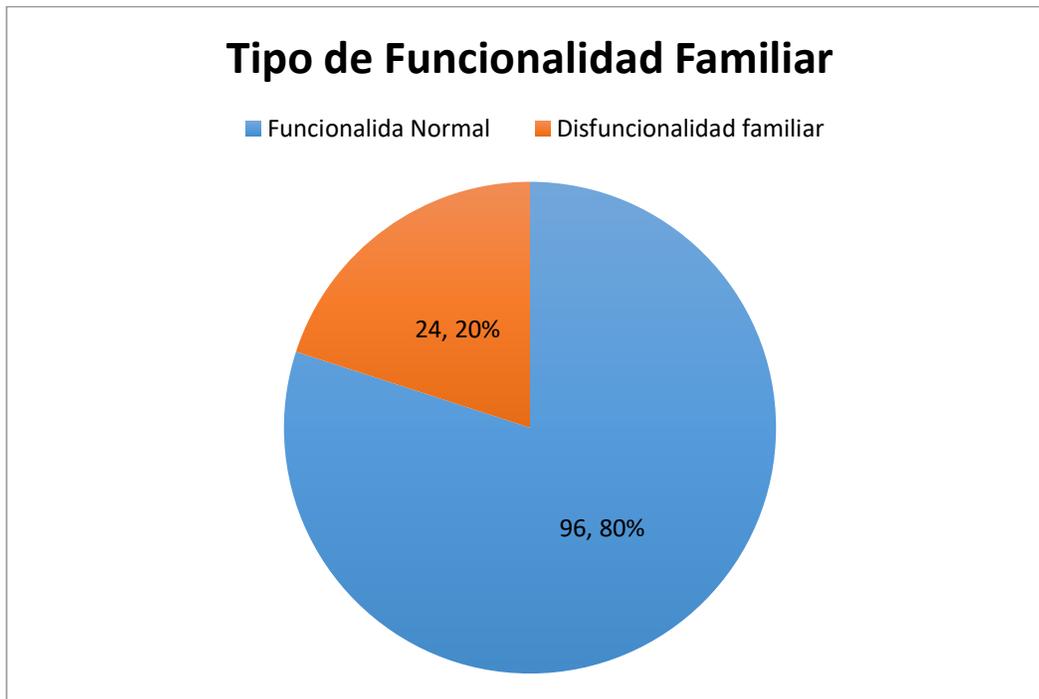


En 37 niños se detectó Episodio Depresivo Mayor, el cual predominó en los niños de 8 años y 12 años de edad, presentándose en menor frecuencia en los niños de 9, 10 y 11 años como se muestra en la siguiente tabla y gráfica.

Gráfica 5. Distribución de frecuencias y porcentajes de presencia de Episodio Depresivo Mayor según edad.



Sólo 24 niños que corresponde al 20% de la muestra total presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar y 96 que corresponde al 80% tuvieron una funcionalidad familiar normal como se observa a continuación.

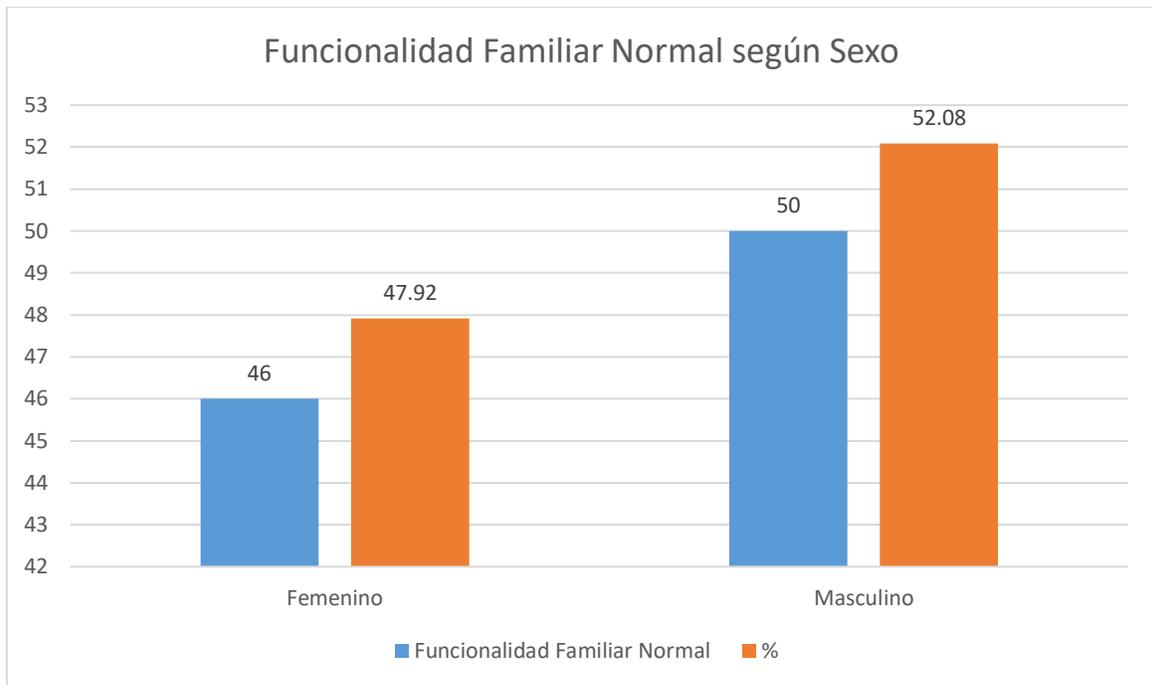
Gráfica 6. Frecuencias y porcentajes de Tipo de Funcionalidad Familiar

La mayoría de los niños con un total de 96 niños presentaron normofuncionalidad familiar, con un número de 46 del género femenino y 50 del género masculino, un total de 11 niños del género femenino y 13 niños del género masculino presentaron disfunción familiar, por lo que no hubo diferencia significativa por sexo en cuanto al tipo de funcionalidad familiar, como se muestra a continuación.

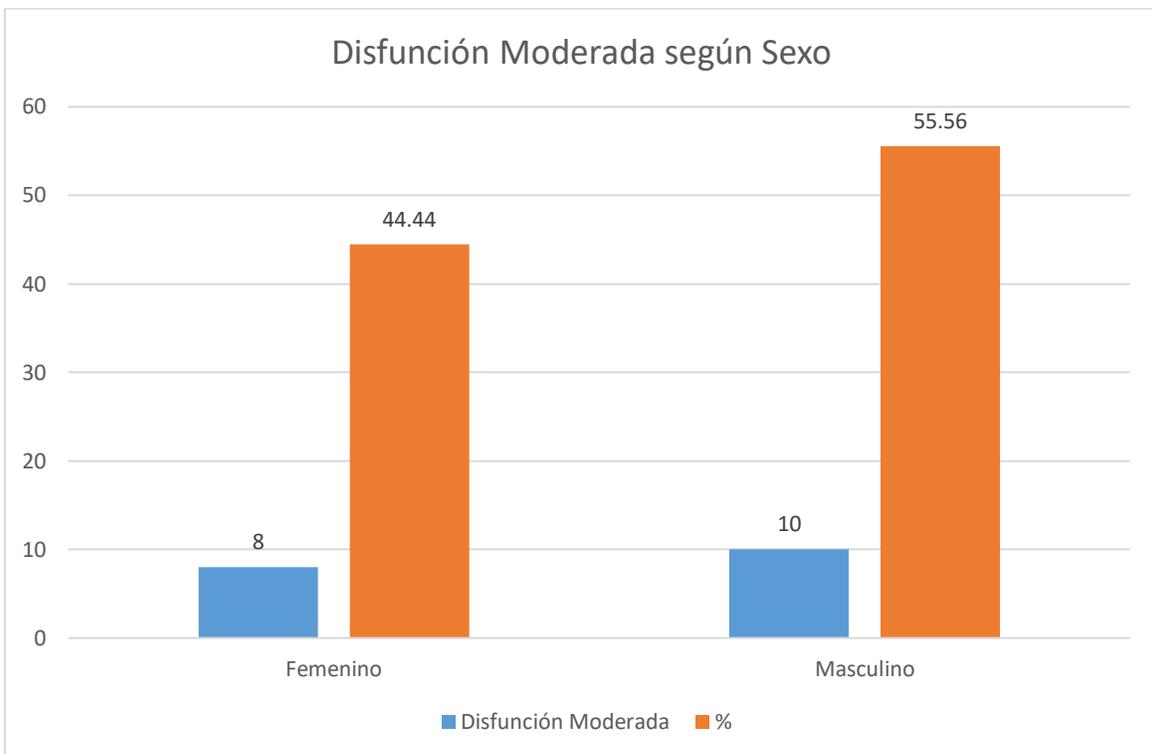
Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de nivel de Funcionalidad Familiar según sexo.

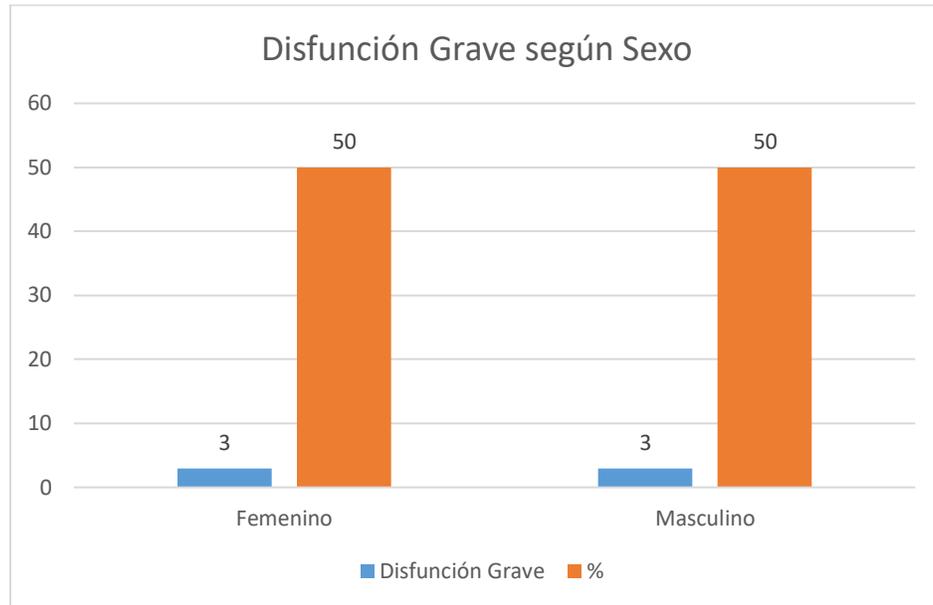
	Femenino	Masculino	Total
Funcionalidad Normal	46	50	96
Disfunción Moderada	8	10	18
Disfunción Grave	3	3	6
Total	57	63	120

Gráfica 7.



Gráfica 7a.



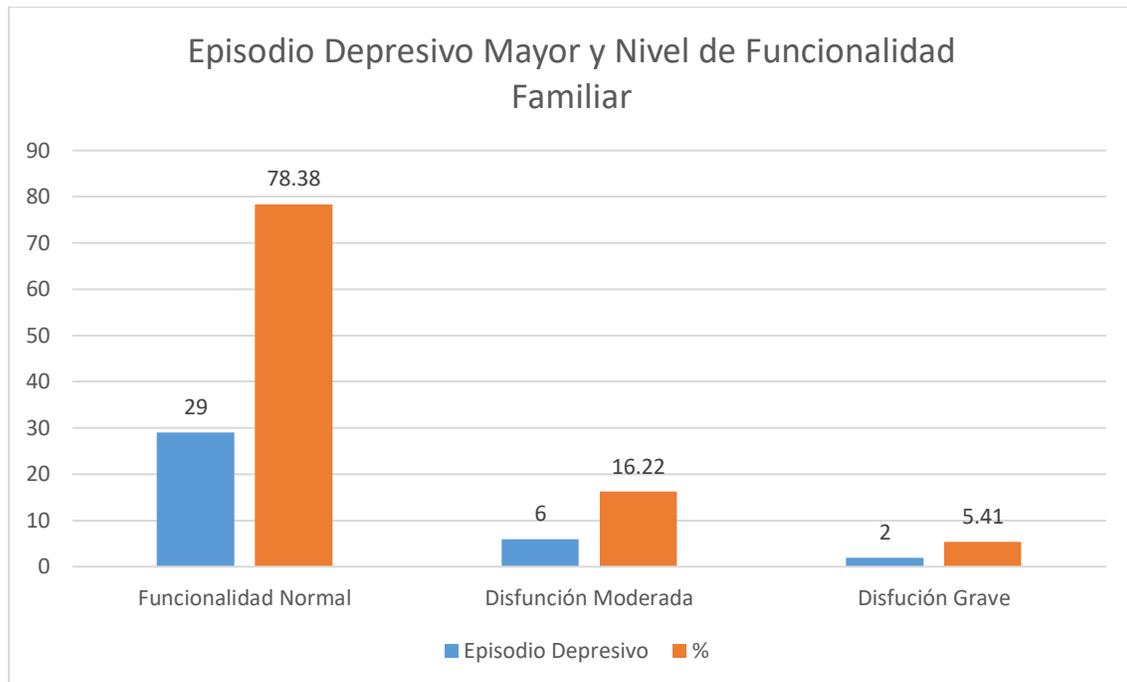
Gráfica 7b.

De los 37 niños con Episodio Depresivo Mayor, 29 niños (78.38%) presentaron funcionalidad familiar normal, y de ellos 6 (16.22%), niños presentaron disfunción familiar moderada y 2 (5.41%) disfunción familiar grave, el mayor número de niños no presento Episodio Depresivo Mayor, sin embargo también se presentaron casos con algún grado de disfuncionalidad familiar como se muestra a continuación.

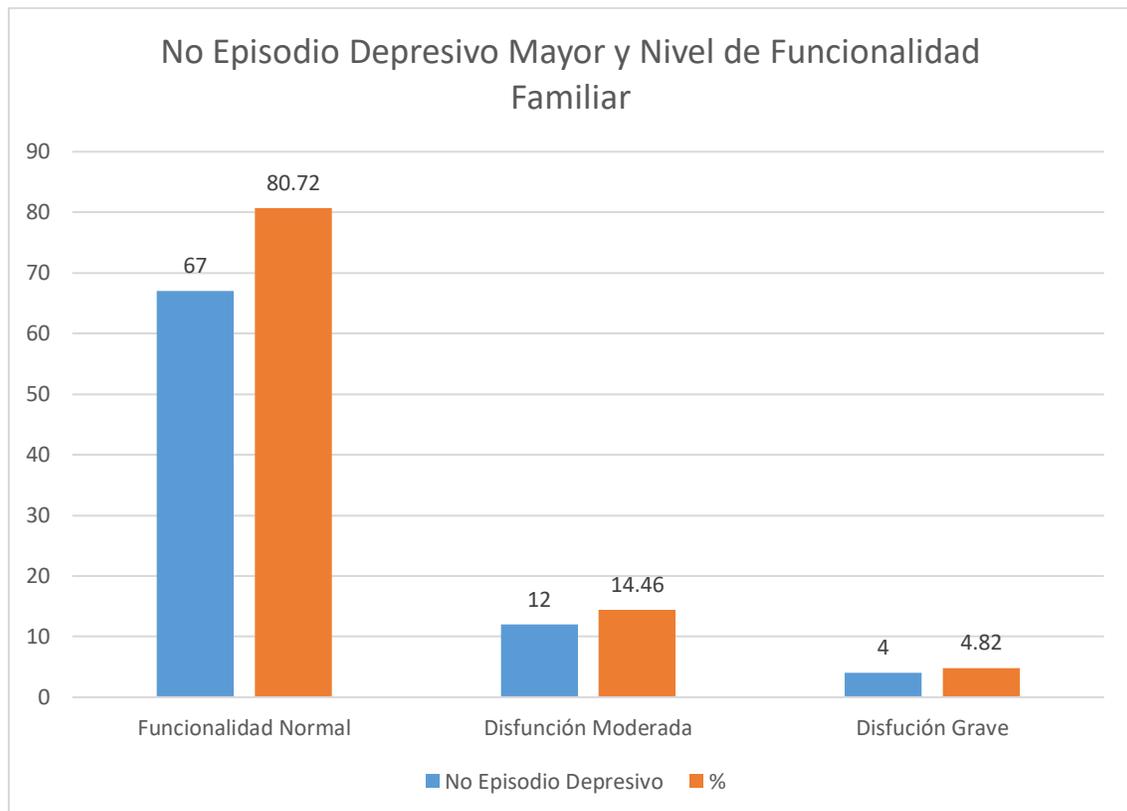
Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de la presencia o ausencia de Episodio Depresivo Mayor y el nivel Funcionalidad Familiar.

	Funcionalidad Normal	Disfunción Moderada	Disfunción Grave	Total
Episodio Depresivo Mayor	29	6	2	37
No Episodio Depresivo Mayor	67	12	4	83
Total	96	18	6	120

Gráfica 8.



Gráfica 8a.



El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante prueba no paramétrica Chi Cuadrada de Pearson por medio de tabla de contingencia extendida, con un nivel de significancia de 0.01, utilizando como primera variable Episodio Depresivo Mayor y segunda variable Disfuncionalidad Familiar.

Tabla 4. Cálculo de χ^2 de la relación entre Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar. Tabla de Contingencia Extendida.

Valores o Frecuencias Observadas (f_o)

Trastorno Depresivo Mayor	Disfuncionalidad Familiar		Total
	Sí	No	
Si	8	29	37
No	16	67	83
Total	24	96	120

Utilizando los valores o frecuencias observadas (f_o) y las esperadas (f_e) con la fórmula:

$$f_e = \frac{\text{Total columna} \times \text{Total fila}}{\text{Suma Total}}$$

Valores o Frecuencias Esperadas (f_e)

$$24 \times 37 / 120 = 7.4$$

$$37 \times 96 / 120 = 29.6$$

$$83 \times 24 / 120 = 16.6$$

$$83 \times 96 / 120 = 66.4$$

7.4	29.6
16.6	66.4

Utilizando chi cuadrada o calculada con la siguiente fórmula y chi cuadrada crítico

$$\text{Chi}^2 = \frac{(\text{fo}-\text{fe})}{\text{fe}}$$

$$(8-7.4)^2/7.4 + (29-29.6)^2/29.6 + (16-16.6)^2/16.6 + (67-66.4)^2/66.4$$

$$0.048648648 + -0.01216216 + -0.02168674 + 0.005421686$$

$$X^2 = 0.0879192445$$

Cálculo de X^2 Crítico:

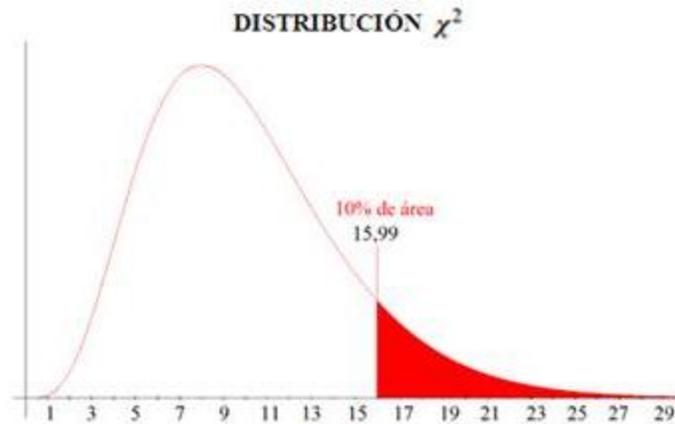
$$\alpha=0.01$$

$$n=\text{grados de libertad} = (\# \text{ filas} - 1) (\# \text{ columnas} - 1) = (2-1) (2-1) = 1$$

$$X^2 \text{ Crítico} = X^2_{1,0.01}$$

Se utilizó Tabla de Distribución Chi Cuadrada para saber el grado de libertad y nivel de significancia de Chi^2 crítico.

$$X^2 \text{ Crítico} = X^2_{1,0.01} = 6,635$$



Ejemplo:
Para 10 grados de libertad
 $P(\chi^2 > 15,99) = 0,10 = 10\%$

	0,995	0,990	0,975	0,950	0,900	0,750	0,500	0,250	0,100	0,050	0,025	0,010	0,005
1	0,000	0,000	0,001	0,004	0,016	0,102	0,455	1,323	2,706	3,841	5,024	6,635	7,879
2	0,010	0,020	0,051	0,103	0,211	0,575	1,386	2,773	4,605	5,991	7,378	9,210	10,597
3	0,072	0,115	0,216	0,352	0,584	1,213	2,366	4,108	6,251	7,815	9,348	11,345	12,838
4	0,207	0,297	0,484	0,711	1,064	1,923	3,357	5,385	7,779	9,488	11,143	13,277	14,860
5	0,412	0,554	0,831	1,145	1,610	2,675	4,351	6,626	9,236	11,070	12,833	15,086	16,750
6	0,676	0,872	1,237	1,635	2,204	3,455	5,348	7,841	10,645	12,592	14,449	16,812	18,548
7	0,989	1,239	1,690	2,167	2,833	4,255	6,346	9,037	12,017	14,067	16,013	18,475	20,278
8	1,344	1,646	2,180	2,733	3,490	5,071	7,344	10,219	13,362	15,507	17,535	20,090	21,955
9	1,735	2,088	2,700	3,325	4,168	5,899	8,343	11,389	14,684	16,919	19,023	21,666	23,589
10	2,156	2,558	3,247	3,940	4,865	6,737	9,342	12,549	15,987	18,307	20,483	23,209	25,188
11	2,603	3,053	3,816	4,575	5,578	7,584	10,341	13,701	17,275	19,675	21,920	24,725	26,757
12	3,074	3,571	4,404	5,226	6,304	8,438	11,340	14,845	18,549	21,026	23,337	26,217	28,300

$$X^2 \text{ Calculado} = 0,0879192445 < X^2 \text{ Crítico} = 6,635$$

Por lo tanto al comparar el resultado de χ^2 Calculado y χ^2 se observa que el valor de χ^2 calculado fue menor que el valor de χ^2 Crítico permitiendo saber que las dos variables son independientes y no se correlacionan significativamente.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Debido a la Pandemia COVID-19 y por la poca afluencia a consulta de la población pediátrica al HGZ 58, se dificultó la realización de encuestas en toda la población de la muestra inicial, por lo que previamente aviso y autorización de la Coordinación de Investigación en Salud, la cantidad de población estudiada fue del 50% de la población total proyectada, la cual incluyó 120 niños a quienes se le aplicaron

En las tablas y gráficas anteriores, se observa que de los 120 niños totales, 47 fueron de 8 años, seguidos por 23 de 10 años y 23 de 12 años, 21 de ellos de 9 años y 6 de 11 años, predominando la población de niños de 8 años, así como 57 correspondió al género femenino y 63 al masculino, predominando en la muestra los niños del sexo masculino en relación al femenino.

De los 120 niños 37 niños que corresponde al 31% de la muestra total presentaron Episodio Depresivo Mayor y 83 de ellos que corresponde al 69% no lo presentaron, por lo que sólo una minoría presentó depresión en las 2 semanas previas a realización de la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI-Kid, y así mismo sólo 24 que corresponde al 20% de la muestra total presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar y 96 que corresponde al 80% tuvieron una funcionalidad familiar normal al aplicar Test de Apgar Familiar Infantil.

También se identificó que del 31% de niños que tuvieron Episodio Depresivo Mayor se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 56.76% en relación al sexo masculino con un 43.24%, de forma significativa.

Respecto a la frecuencia de Episodio Depresivo Mayor por edad, del total de 120 niños, 37 niños presentaron Episodio Depresivo, de los que el mayor porcentaje 40.54% fueron niños de 8 años de edad, seguidos por el 32.43% de niños de 12 años de edad, un 16.22% niños de 9 años, un 8.11% niños de 11 años y 2.70% niños de 10 años. Evidenciando que se el trastorno depresivo es más frecuente en los niños de 8 y 12 años de edad.

En cuanto al nivel de Funcionalidad Familiar según sexo, del total de 120 niños, se identificó que la disfunción moderada se presentó en el sexo masculino en un 55.56% y en el sexo femenino en un 44.44% y la Disfunción Grave se presentó por igual en ambos sexos con un 50%. Por lo que se observó que la disfunción familiar se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino en relación al sexo femenino, pero sin gran diferencia por género.

Del total de los 120 niños, se identificó que el 31% presentaron Episodio Depresivo Mayor, donde 29 que corresponde al 78.38% de familias presentaron funcionalidad normal y solamente 6 que corresponde a 16.22% de las familias presentaron disfunción moderada y 2 que corresponde al 5.41% de las familias disfuncionalidad grave. Se observó que el 31% de los niños presentaron Episodio Depresivo Mayor y de ellos, el 21.63% tenían algún grado de disfuncionalidad familiar, en tanto que el 69% no presentó Episodio Depresivo Mayor y también tenían familias con algún grado de disfunción familiar en un 19.28%, manifestando que el trastorno depresivo está presente tanto en familias normofuncionales como en aquellas donde hay algún grado de disfuncionalidad por lo que no es propio de este factor.

Para conocer la relación entre Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar, se realizó cálculo de χ^2 por tabla de Contingencia Extendida, y posteriormente cálculo de χ^2 crítico, con un nivel de significancia de 0.01, obteniendo que el valor de X^2 calculado fue de 0.0879192445 y X^2 crítico fue 6,635, por lo que al compararlos χ^2 calculado fue menor que el valor de χ^2 Crítico, permitiendo saber que las dos variables son independientes y no se correlacionan por lo que la hipótesis no se cumple; concluyendo que la Presencia de Episodio Depresivo Mayor en niños no tiene una relación estadísticamente significativa con la Disfuncionalidad Familiar, resultados que evidencian que el Episodio Depresivo Mayor es de etiología multifactorial.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio mostraron que de 120 niños estudiados de 8 a 12 años de edad, el 31 % manifestó síntomas de Episodio depresivo Mayor y de ellos el 21.63%, provenían de familias disfuncionales, el mayor porcentaje 69% no presentó Episodio Depresivo Mayor, sin embargo también presentaron algún grado de Disfuncionalidad familiar en un 19.28%, evidenciando una correlación estadísticamente no significativa al nivel 0,01 entre Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar, resultado concordante con *Javier N. Zapata-Gallardo, et. al* ⁽⁸⁾, en su artículo “*Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia*”, donde al aplicar el test de Apgar familiar, más de la mitad de los encuestados fue diagnosticado con disfunción familiar, a pesar de esta cifra tan alta de disfunción familiar no encontraron asociación significativa con la depresión, el estudio se realizó en un total de 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad por lo que la población estudiada fue mayor y abarcó principalmente adolescentes, a diferencia de éste estudio que abarca la infancia y adolescencia, a pesar de estas diferencias se puede observar que en ambos estudios se encontró que la frecuencia de depresión fue mínima y no hubo asociación estadísticamente significativa con la disfunción familiar. Así mismo *Arenas Ayllón, et. al* ⁽¹⁵⁾, en su estudio “*Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*”, menciona que la depresión no está relacionada significativamente con la funcionalidad familiar, ya que usando el estadístico Ji cuadrado (χ^2) se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variables no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas. A pesar de que su muestra fue menor con un total de 63 adolescentes, los resultados coinciden con éste estudio ya que se concluye que la depresión no está relacionada significativamente con la funcionalidad familiar, además de que no hay una diferencia significativa según el sexo, sin embargo se encuentra desacuerdo cuando menciona que no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, ya que en este estudio se puede observar que del 31% de niños que tuvieron Episodio Depresivo Mayor se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 56.76% en relación al sexo

masculino con un 43.24% de forma significativa. La conclusión final de estos 2 autores y éste estudio coinciden al en que la depresión no tiene una relación significativa con la funcionalidad familiar, haciéndonos recordar que “Hay múltiples factores que están asociados con la aparición, la duración y la recurrencia de trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia y no existen causas únicas claramente definidas; se describen múltiples causas divididas en factores genéticos, factores ambientales, eventos vitales y las características propias del niño”¹⁸, reflejando la necesidad de estudiar y profundizar otro tipo de variables.

En contraste con estos resultados, *J. Garibay-Ramírez et al* ⁽⁵⁾, en el artículo “*Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad*” se encontró correlación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil, sin embargo a pesar de que utilizó una muestra mayor de niños, con un total de 326, lo que le puede proporcionar mayor fiabilidad a los resultados y utilizó para determinar la frecuencia de depresión infantil, la escala modificada *Children’s Depression Inventory* (CDI) de Kovacs, 2004 y Kovacs y Beck, 1977, adaptada a la población infantil, la cual se administró a los niños, estoy en desacuerdo con el uso del instrumento utilizado para para la evaluación de la funcionalidad familiar (escala reajuste social de Thomas Holmes y Richard Rahe), ya que se aplicó a los padres de familia y evalúa los acontecimientos vitales estresantes que han sucedido en la familia, en los últimos 12 meses, donde se interrogan sucesos como (separación matrimonial, dificultades o problemas sexuales, mala relación con el cónyuge, logro personal notable, hijo o hija que deja el hogar, problemas legales, la esposa comienza o deja de trabajar), entre otros, donde con una puntuación $150 < 300$ ha presentado varios acontecimientos vitales estresantes y es posible que se pueda generar crisis familiar y disfunción familiar, y una puntuación > 300 significa grandes cambios, presencia de crisis familiar, disfunción familiar. Por lo que aunque valore disfunción familiar, fue aplicada a los padres de los niños y tomando en cuenta en que éste tipo de sucesos si bien puede alterar la homeostasis familiar, los niños son una población con percepciones, habilidades sociales, emocionales e individuales ante eventos estresantes, que difieren con la población adulta, por lo que lo ideal es utilizar instrumentos para la tamización de la funcionalidad familiar desde la percepción de los niños y adolescentes como se hizo en éste estudio al aplicar Apgar Familiar Infantil.

Según *González-Poves Jessica, et. al* ⁽¹⁶⁾, en el artículo “*Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto*”; refiere que la relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostró que el 50,0% de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas, lo cual es concordante con los hallazgos en éste estudio, que aunque en porcentajes diferentes, se identificó que de los niños con Episodio depresivo mayor, el 78.38% de familias presentaron funcionalidad normal, 16.22% presentaron disfunción moderada y 5.41% disfuncionalidad grave. Observando que el trastorno depresivo está presente tanto en familias normofuncionales como en aquellas donde hay algún grado de disfuncionalidad por lo que no es propio de este factor, de aquí que éstos resultados reflejan que el trastorno depresivo no es originado por una sola causa, es el resultado de uno o más factores (neuroquímicos, genéticos y ambientales), los cuales, varían de niño a niño y la necesidad de profundizar en el estudio de estos factores.

En éste estudio al comparar los porcentajes de Episodio depresivo mayor por sexo, se identificó que éste se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 56.76% en relación al sexo masculino con un 43.24%, con una diferencia significativa, resultado concordante con *J. Garibay-Ramírez et al* ⁽⁵⁾, ya que en su estudio *Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad*”, se estudiaron 326 niños de 8 a 12 años de edad, de una escuela primaria semiurbana, en el Estado de México identificándose un mayor porcentaje de depresión en el género femenino con 15.3% con respecto al masculino que presentó un 9.9%, resultados que aunque en menor porcentaje, coinciden con éste estudio. Por otro lado según *Stefano Vinaccia, et.al*¹⁷, en su artículo “*Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del child depression inventory – CDI*”, donde la población estudiada fue comprendida por niños y niñas entre los 8 y 12 años de edad con un tamaño de la muestra fue de 768 niños, se encontró que los hombres presentaron una prevalencia mayor de depresión (14.4%), en comparación con las mujeres (10.8%), evidenciando que existe mayor prevalencia de depresión en los niños que en las

niñas de ese estudio; por lo que se puede observar que la diferencia de estos resultados son probablemente influidos por el tamaño de la muestra y población, ya que se realizó en países con cultura, tradiciones y diferencias sociodemográficas diferentes, que pueden modificar los resultados.

CONCLUSIONES

La depresión infantil ha sido asociada a diversos factores precipitantes como los biogénéticos y psicosociales, en esta etapa del desarrollo, distintos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener influencia en el inicio y desarrollo de síntomas depresivos. ⁽⁵⁾ Así tomando en cuenta que el grupo familiar es el primer agente de socialización del niño, influye de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad emocional, constituyendo a su vez un elemento clave en la configuración de la depresión infantil. Un gran número de investigaciones han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas en los hijos tales como la depresión, la baja autoestima y problemas de conducta.¹⁹

Sin embargo en este estudio se encontró que al aplicar la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI-Kid y Apgar familiar en niños, los resultados mostraron que el 31 % de los niños presentó Episodio depresivo Mayor y de ellos el 21.63%, tenían familias disfuncionales, el mayor porcentaje 69% no presentó Episodio Depresivo Mayor, sin embargo también presentaron algún grado de Disfuncionalidad familiar en un 19.28%. Observándose que aunque hay factores de riesgo en el ambiente familiar que lo pueden causar o precipitar, no es la única causa de depresión.

Se identificó que el Episodio Depresivo Mayor se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 56.76% en relación al sexo masculino con un 43.24% y que la disfunción moderada se presentó en el sexo masculino en un 55.56% y en el sexo femenino en un 44.44% y la disfunción Grave se presentó por igual en ambos sexos con un 50%. Por lo que se observó que la disfunción familiar se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino en relación al sexo femenino, independientemente de si los niños tienen depresión o no.

El episodio Depresivo Mayor se presentó en mayor porcentaje 40.54% en niños de 8 años de edad, seguidos por el 32.43% de niños de 12 años de edad. Evidenciándose que el Episodio Depresivo Mayor es más frecuente en la infancia en niños de 8 años de edad y en la adolescencia en niños de 12 años de edad.

Por lo tanto aunque hay diferentes estudios donde se describe que hay una relación significativa y estrecha entre depresión y alteraciones en la funcionalidad familiar en niños y adolescentes, en éste estudio se encontró que el resultado de Chi^2 calculado fue de 0.0879192445 y que el valor de Chi^2 Crítico fue 6,635, por lo que Chi^2 calculado fue menor que Chi^2 crítico, permitiendo conocer que la hipótesis no se cumple, concluyendo que la presencia de episodio depresivo mayor en niños no tiene una relación estadísticamente significativa con la disfuncionalidad familiar, resultados que evidencian que el episodio depresivo mayor no es dependiente sólo de éste factor.

Ya que familia influye de manera importante al proporcionar a los niños y adolescentes las herramientas necesarias para un adecuado manejo de la frustración ante los diferentes eventos estresantes que se pueden presentar durante su desarrollo, si su funcionalidad se ve alterada, puede fungir como factor de riesgo y precipitar trastornos del estado de ánimo. aunque en este estudio se encontró que no hay una relación significativa entre la funcionalidad de la familia y el trastorno depresivo, hay muchos otros estudios que evidencian que sí hay una estrecha relación, evidenciando que el trastorno depresivo es de etiología multifactorial, enfatizando la importancia del estudio de otras variables para lograr un mejor entendimiento de éste trastorno muchas veces desestimado e infradiagnosticado durante las edades tempranas de la vida, para crear concientización y prevención de complicaciones asociadas al mismo.

IMPACTO

Durante éste estudio se detectaron 37 niños con Episodio Depresivo Mayor, por lo que se orientó a sus padres y/o tutores sobre los resultados y se resolvieron las dudas que tuvieron acerca de la depresión y se recomendó acudir con su médico familiar para profundizar en pruebas diagnósticas complementarias para confirmar o descartar síndrome depresivo mayor y dar tratamiento cognitivo conductual o farmacológico según requerimiento con el fin de atender y conservar la salud mental de los niños y adolescentes.

Así mismo se identificaron 24 niños donde sus familias presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar, por lo que se explicó ampliamente a los padres y/o tutores sobre los resultados, se resolvieron dudas y se recomendó acudir con su médico familiar para derivación a atención por psicología y/o especialista en terapia familiar con el fin de cambiar patrones de interacción negativos con el fin de mejorar el funcionamiento de las familias.

En este estudio se concluyó que el Episodio Depresivo Mayor no tiene una relación significativa con la Disfunción familiar, ya que el mayor porcentaje de niños estudiados no presentaron episodio depresivo y también presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar, sugerente de que si bien hay factores de riesgo en el ambiente familiar que lo pueden desencadenar o precipitar, hay otros factores como genéticos, individuales, sociales y psicológicos que influyen en su desarrollo.

Así, aunque en este estudio se encontró que no hay una relación significativa entre la funcionalidad de la familia y el trastorno depresivo, hay muchos otros estudios que evidencian que sí hay una estrecha relación, por lo que la disfuncionalidad familiar puede actuar como factor de riesgo causal o precipitante de la depresión, de allí que la forma de enfrentar las crisis de las familias, las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre sus miembros, fungen como factores protectores contra la depresión en la población infantil y adolescente.

Por lo que cabe recomendar que para futuras investigaciones, se estudie una muestra mayor de niños y adolescentes, además de diferentes tipos de variables que puedan influir en el desarrollo trastorno depresivo en ésta población, para amplificar los conocimientos sobre éste trastorno y así poder proponer programas y/o acciones de prevención que favorezcan la salud mental en los niños y adolescentes y eviten sus complicaciones asociadas, en pro de un desarrollo biopsicosocial adecuado de ésta población tan vulnerable y cambiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez de Cossío Ángela; et. al. *Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia*. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 1, núm. 6, febrero, 2007, pp. 270-276, Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria Albacete, España.
2. Guía clínica depresión en niños y adolescentes, hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan, N. Navarro”, Pág 1-34.
3. Catalina González-Forteza, et.al. *Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica*. Bol Med Hosp Infant Mex. 2015; 72(2):149-155.
4. Acosta-Hernández ME, T. et.al. *Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo*. Arch Neurocién (Mex) 20 | Vol. 16 | No. 1 enero-marzo 2011, PAG 1-6.
5. Garibay-Ramírez J. et.al. *Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad*, Revista de Medicina e Investigación 2014; 2(2):107-111.
6. Munguía Matamoros Alejandra María, *Validez concurrente de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID)*, versión en español, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Psiquiátrico Infantil y de la Adolescencia, Pág. 5-19.
7. Pérez García Juan Carlos, Rivera Acuña Claudia, *Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes*, Rev Mex Neuroci 2011; 12(3): 149 154.
8. Javier N. Zapata-Gallardo, et.al. *Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia*, Vol. 64, septiembre-octubre 2007 295.
9. Suarez Cuba Miguel A. et.al. *Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar*, Rev Med La Paz, 20(1); Enero - Junio 2014.
10. Mantilla Falcón Luis Marcelo, Alomaliza Cristina, *La Disfuncionalida Familiar y los Niveles de Depresión en Adolescentes de una Unidad Educativa Rural en el Ambato, Ecuador*, Revista ENIAC Pesquisa, Guarulhos (SP), V.6, n.2, jun-dez.2017.
11. Martínez Navarro María del Pilar, *Funcionalidad y Disfuncionalidad de la Familia, Perspectiva de la Psicoterapia Familiar*, Pág. 319-326.

12. Declaración de Helsinki, Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Finlandia, junio de 1964 enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.
13. El informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento U.S.A. abril 18 de 1979 índice. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/el-informe-belmont-principios-y-guías-éticas-para-la-protección-de-los-sujetos-humanos-de-investigación-18-abril-1979/>.
14. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, texto vigente último reforma publicada DOF 02-04-201.
15. Arenas Ayllón, et. al, Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes, 2009, Pág. 7-80.
16. González-Poves Jessica, Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto, *Rev. enferm. hereditaria* ; 6(2): 66-77, jul.-dic. 2013.
17. Stefano Vinaccia, et.al, Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del child depression inventory –CDI, *Diversitas: Perspectivas en Psicología* ISSN: 1794-9998, Bogotá, Colombia, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2006, pp. 217-227.
18. Pacheco Tochoy Paola, et.al, Depresión en niños y adolescentes, CCAP, Volumen 15 Número 1, Pág. 30-38.
19. Dolores Frías, et.al, Estructura familiar y depresión infantil, Facultad de Psicología Universidad de Barcelona, *Anuario de Psicología* 1992, no 52, 121-131.

ANEXOS

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: **D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo**
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T Hergueta.**
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: **M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto**
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en más de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamiento.

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

➔ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICAS CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

En las últimas dos semanas:

A1	¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
A2 a	¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➔ NO	SÍ	
b	¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día?	➔ NO	SÍ	
c	¿Te has sentido de esta manera casi todos los días?	➔ NO	SÍ	

A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:

a	¿Tenías menos hambre o mas hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por \pm 5% de su peso corporal ó \pm 8 libras en el último mes] CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	NO	SÍ	4
c	¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacía difícil quedarte tranquilo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	5
d	¿Te sentías cansado casi todo el tiempo ?	NO	SÍ	6
e	¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	7
f	¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	8
g	¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SÍ

**EPISODIO DEPRESIVO
MAYOR ACTUAL**

APGAR FAMILIAR - INFANTIL

Función	Casi Nunca (0 Puntos)	Algunas veces (1 punto)	Casi Siempre (2 puntos)
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera en la que mi familia habla y comparte su problemas conmigo.			
Me gusta cómo mi familia me permite hacer las cosas nuevas que quiero hacer.			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy feliz, triste, enfadado/a...			
Me gusta cómo mi familia y yo compartimos tiempo juntos.			
PUNTAJE PARCIAL			
PUNTAJE TOTAL			

- Funcionalidad normal de 7-10 puntos
- Disfunción moderada de 4-6 puntos.
- Disfunción grave de 0 a 3 puntos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en
Protocolos de investigación (padres o representantes
Legales de niños o personas con discapacidad)

Nombre del estudio: Relación entre la Presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en Niños de 8 a 12 Años de Edad que Acuden a Consulta de Pediatría del HGZ 58

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Tlalnepantla de Baz, Estado de México, HGZ 58, "Las Margaritas"

Número de registro institucional: R-2020-1503-060

Justificación y objetivo del estudio: Le estamos invitando a participar en estudio que consiste en aplicar dos encuestas a su hijo (a), para detectar la asociación entre depresión y disfuncionalidad familiar con el propósito de medir la relación entre ellos.

Procedimientos: Si su hijo (a) decide participar se le aplicarán dos encuestas para detectar Si presenta o no depresión y si se asocia o no a la funcionalidad de su familia.

Posibles riesgos y molestias: La posible molestia si decide participar es que tomaremos parte de su tiempo y no hay riesgo Pues no se realizan procedimientos.

Posibles beneficios que recibirá al participar En el estudio: No recibirá pago, ni le generará gasto alguno por su participación. Los beneficios directos para usted serán resolver las dudas que tenga acerca del tema.

Información sobre resultados y alternativas De tratamiento: Se le brindará orientación sobre las dudas que tenga acerca de los aspectos relacionados con la depresión

Participación o retiro: Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada La atención que recibe por parte del IMSS. Si decide participar y posteriormente cambia de opinión. Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios Que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: La información que nos brinde es estrictamente confidencial, solo el equipo de investigación Tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o Presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y Estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Robles Rentería Elvira Evelyn, San Idefonso, Nicolás Romero, Edo. De México, Teléfono: 58231219 Ext. 140

Colaboradores: López García César Carlos, Tlalnepantla de Baz, Edo. De México, Teléfono 5553612121 Ext. 114, Baltazar Antonio Angélica, Tlalnepantla de Baz, Edo. De México, Teléfono 53976955

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación 15038, Hospital General de Zona No.58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento las Margaritas, Colonia Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55)53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs, correo electrónico: comité.etica15038@gmail.com

Nombre y firma del participante

Dra. Pérez Ruiz Jazmín Selene
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Relación Entre la Presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en Niños de 8 a 12 años de Edad que Acuden a Consulta de Pediatría del HGZ 58

Número de registro institucional R-2020-1503-060

• Objetivo del estudio y procedimientos: Te estamos invitando a participar en un estudio que consiste en hacerte unas preguntas para detectar si estas triste o no, y te haremos otras preguntas para saber si la tristeza se relaciona con la forma en que convives con tu familia.

Hola, mi nombre es; Pérez Ruiz Jazmín Selene y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la depresión en los niños_ y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar unas preguntas

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

quiero participar

Nombre:

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Dra. Pérez Ruiz Jazmín Selene

Fecha:



GOBIERNO DE
MÉXICO



DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Tlalnepantla de Baz, Estado de México a 05 de octubre del 2020

Nombre de la Unidad: Hospital General de Zona No. 58

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación.

Relación Entre la Presencia de Episodio Depresivo Mayor y Disfuncionalidad Familiar en Niños de 8 a 12 Años de Edad que Acuden a Consulta de Pediatría del HGZ 58

Investigador Principal.

Robles Rentería Elvira Evelyn

Investigador Asociado

López García César Carlos

Investigación Vinculada a Tesis.

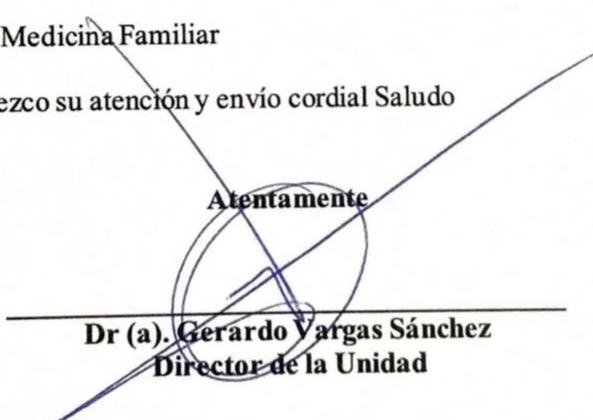
Si

Alumno (s):

Baltazar Antonio Angélica
Residente en la especialidad de Medicina Familiar

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo

Atentamente


Dr (a). Gerardo Vargas Sánchez
Director de la Unidad

Ccp. Investigador Principal: Robles Rentería Elvira Evelyn
Ccp. CCEIS: UMF 63

Boulevard Manuel Ávila Camacho, Esquina Convento de Tepetzotlán, Fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. De México, C.P. 54050, Tél. 53976955

Dirección de la Unidad