

- Be exposed to daylight and have breakfast, just when you get up.
- Maintain a quiet routine at bedtime, such as reading in dim light.
- Avoid bright lights and turn off TV, computer and in general any screen one hour before bedtime.
- Avoid drinks with caffeine after noon (coffee, tea, chocolate, cola or energy drinks).
- Avoid naps during the day.
- Adjust the sleep schedule progressively: determining the time at which patient falls asleep naturally and progressively going to bed 10–15 min earlier every night, keeping every day the same get-up time.

When these means are not effective, patient should be referred to the sleep specialist to associate chronotherapy with a lightbox or pharmacotherapy with melatonin or other drugs.<sup>4–6</sup>

Psychosomatic symptoms, frequent in adolescents, can significantly worsen health-related quality of life (HRQoL) in this population, and sleep is an independent risk factor of worse HRQoL.<sup>1</sup> Primary care doctors must know how to recognize DSPS to prevent school failure, adverse mood disorders and its negative effects on HRQoL.

## Bibliografía

1. Fuentes Chacón RM, Simón Saiz MJ, Garrido Abejar M, Serrano Parra MD, Larrañaga Rubio ME, Yubero Jiménez S. Psychosomatic symptoms as an expression of the deterioration of the health-related quality of life in adolescents. *Aten Primaria*. 2018;50:493–9.
2. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders, diagnostic and coding manual. 3rd ed. Westchester, IL, AASP: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
3. Nesbitt AD. Delayed sleep-wake phase disorder. *J Thorac Dis*. 2018;10 Suppl 1:S103–11.
4. Pandi-Perumal SR, Trakht I, Spence DW, Srinivasan V, Dagan Y, Cardinali DP. The roles of melatonin and light in the pathophysiology and treatment of circadian rhythm sleep disorders. *Nat Clin Pract Neurol*. 2008;4:436–47.
5. Gradisar M, Crowley SJ. Delayed sleep phase disorder in youth. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26:580–5.
6. Gradisar M, Dohnt H, Gardner G, Paine S, Starkey K, Menne A, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. *Sleep*. 2011;34:1671–80.

Laura Moreno-Galarraga<sup>a,b,\*</sup>, Eliot S. Katz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Neumología infantil, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, Spain*

<sup>b</sup> *IdisNa, Instituto de Investigación sanitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, Spain*

<sup>c</sup> *Division of Pulmonary and Respiratory Diseases, Boston Children's Hospital, Harvard University, Boston, MA, USA*

\* Corresponding author.

E-mail addresses: [LMORENO-GALARRAGA@mg.harvard.edu](mailto:LMORENO-GALARRAGA@mg.harvard.edu), [laura.moreno.galarraga@cfnavarra.es](mailto:laura.moreno.galarraga@cfnavarra.es) (L. Moreno-Galarraga).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.01.009>  
0212-6567/

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Funcionamiento familiar y depresión en madres e hijos con dermatitis atópica



### Family functioning and depression in mothers and children with atopic dermatitis

Sr. Editor:

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos, inmunológicos, medioambientales y psicológicos.

Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión en niños con DA y en sus madres y averiguar si hay asociación entre la percepción del funcionamiento familiar por parte de las madres y la depresión tanto en ellas como en sus hijos.

Es un estudio transversal en el que participaron niños de entre 7 y 15 años de edad con diagnóstico confirmado de DA, captados entre enero y diciembre del año 2010 en la Unidad de Medicina Familiar N.º 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Morelia, México. El tamaño muestral se calculó con la fórmula para población

finita. Se partió de 339 niños y el error de estimación asignado del 17%. Se incluyeron finalmente 18 niños y 16 niñas con edades de  $9,97 \pm 2,4$  años y sus madres, con edades de  $35,88 \pm 6,5$  años.

Para evaluar la depresión en niños se aplicó el inventario CDI<sup>1</sup> y el inventario BECK<sup>2</sup> para estimar la depresión en madres. Las madres completaron el cuestionario FF-SIL para medir su percepción del funcionamiento familiar<sup>3</sup>.

Respecto a las familias, fueron percibidas por las madres como disfuncionales 4 (11,8%), funcionales 11 (32,4%) y 19 (55,8%) como moderadamente funcionales. Entre los niños se encontró depresión grave en el 11,8%, moderada en el 17,6% y ligera en el 35,3%. En las madres, el 5,8% tuvo depresión moderada y el 47,1% depresión leve. Se encontró algún grado de depresión en el 44,4% de los niños (8/18) y en el 87,5% de las niñas (14/16). Se ha demostrado mayor riesgo de padecer depresión en niños con DA que en controles [OR ajustado 1,81 (IC 95%: 1,33, 2,46)]<sup>4</sup>, y por otro lado, los hijos de madres con depresión suelen padecer depresión con más frecuencia que los hijos de madres sin depresión<sup>5</sup>.

En este estudio, mayores grados de depresión materna tendieron a asociarse a peor percepción por parte de estas del funcionamiento familiar ( $p < 0,001$ ), y las áreas más

**Tabla 1** Relación entre el nivel de depresión de la madre y las áreas del cuestionario para estimar el funcionamiento familiar

Dominio	Sin depresión (n = 16) $\bar{X} \pm E.E$	Depresión leve (n = 16) $\bar{X} \pm E.E$	Depresión moderada (n = 2) $\bar{X} \pm E.E$	F	p
Cohesión	7,56 ± 0,38	7,50 ± 0,60	7,00 ± 3,00	0,061	0,941
Armonía	7,63 ± 0,34	7,94 ± 0,39	4,00 ± 1,00	6,437	0,005*
Comunicación	7,56 ± 0,37	7,88 ± 0,44	5,00 ± 2,00	2,540	0,095
Permeabilidad	7,25 ± 0,48	6,69 ± 0,41	3,00 ± 0,00	5,067	0,012*
Afectividad	7,69 ± 0,43	8,06 ± 0,56	4,00 ± 2,00	3,494	0,043*
Roles	7,63 ± 0,34	7,94 ± 0,39	4,00 ± 1,00	6,437	0,005*
Adaptabilidad	7,06 ± 0,30	7,00 ± 0,36	3,00 ± 1,00	8,336	0,001**

$\bar{X} \pm E.E$ : media ± error estándar.

Se usó ANOVA para la comparación entre grupos.

Áreas del cuestionario FF-SIL para evaluar el funcionamiento familiar, *Cohesión*: unión familiar al enfrentar situaciones y tomar decisiones. *Armonía*: correspondencia entre intereses y necesidades individuales y los de la familia en equilibrio emocional positivo. *Comunicación*: transmisión clara de mensajes entre miembros de la familia. *Permeabilidad*: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias. *Afectividad*: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas, unos a los otros. *Roles*: responsabilidades y funciones que cumple cada miembro de la familia y son negociadas en familia. *Adaptabilidad*: habilidad familiar para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas cuando se requiera.

\* Cifra estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

\*\* Cifra estadísticamente muy significativa ( $p < 0,001$ ).

\*\* Asociación estadística altamente significativa ( $p < 0,0001$ ).

dañadas del funcionamiento familiar fueron: armonía, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad (tabla 1). Sin embargo, no se encontró asociación entre la percepción del funcionamiento familiar de la madre y el nivel de depresión de los niños cuando se estudiaron cada una de las áreas del instrumento FF-SIL. Esto apunta a que las madres se encuentran en un estado de estancamiento emocional que les imposibilita identificar vías de solución a sus conflictos, expresar sus emociones e interpretar las de sus hijos, aun cuando estos tienen depresión, lo cual es congruente con la alta frecuencia de depresión encontrada en las madres.

No hubo asociación entre el grado de escolaridad de la madre y su nivel de depresión ( $\chi^2 = 2,692$ , gl 8,  $p = 0,925$ ) ni entre la ocupación de la madre y su nivel de depresión ( $\chi^2 = 3,800$ , gl 4,  $p = 0,434$ ).

No se encontró asociación entre el tiempo de diagnóstico de la DA del niño y el nivel de depresión de la madre ( $\chi^2 = 7,252$ , gl 14,  $p = 0,925$ ). Tampoco se encontró asociación entre el tiempo de diagnóstico de la DA y el nivel de depresión del niño ( $\chi^2 = 19,340$ , gl 21,  $p = 0,563$ ), lo cual permite proponer como hipótesis que los mecanismos de afrontamiento por parte de la familia pueden ser independientes del tiempo de evolución. Esto merece otro estudio.

En niños con DA y en sus madres debe evaluarse en nuestro medio la existencia de depresión debido a su alta frecuencia. La depresión en las madres dificulta la identificación por parte de estas de los recursos familiares necesarios para afrontar su enfermedad y la de su hijo.

Registro ante el Comité Local de Investigaciones en Salud R-2012-1602-30.

## Autoría

Viridiana Farías Arguello: diseño, base de datos, análisis de datos, aplicación de instrumentos.

Alain R. Rodríguez Orozco: diseño, asesoría metodológica, redacción del artículo, análisis de datos.

Ernesto Gaytán Morales: asesoría metodológica, análisis de datos.

Rafael Villa Barajas: asesoría metodológica, análisis de datos.

Carlos Gómez Alonso: análisis estadístico, procesamiento de datos, evaluación de instrumentos de investigación.

## Bibliografía

- Davanzo P, Kerwin L, Nokore V, Esparza C, Forness S, Murelle L. Spanish translation and reliability testing of the Child Depression Inventory. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2004;35:75-92.
- Beck A. Beck Depression Inventory Manual. New York: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich; 1987.
- Louro Bernal I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [tesis doctoral]. La Habana: Escuela de Salud Pública; 2004.
- Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131:428-33.
- Runyon MK, Kenny MC. Behavior problems in sexually abused children of depressed and non-depressed mothers. *J Fam Violence.* 2002;17:107-16.

Viridiana Farías Arguello<sup>a</sup>, Alain R. Rodríguez Orozco<sup>b,\*</sup>, Ernesto Gaytán Morales<sup>c</sup>, Rafael Villa Barajas<sup>d</sup> y Carlos Gómez Alonso<sup>a,e</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Medicina Familiar 80, Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelia, Michoacán, México

<sup>b</sup> Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas «Dr. Ignacio Chávez», Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México

<sup>c</sup> Hospital General Regional N.º 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelia, Michoacán, México

<sup>d</sup> Médico Familiar jubilado

<sup>e</sup> Centro de Investigaciones Biomédicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelia, Michoacán, México

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com](mailto:rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com)  
(A.R. Rodríguez Orozco).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.011>  
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Modernización de centros de salud familiar. Tensión entre gestión, calidad y condiciones estructurales<sup>☆</sup>



### Modernization of family health centers in Chile. Tension between management, quality and structural conditions

Sr. Editor:

Con el objetivo de dilucidar la tensión entre calidad de atención e implementación de criterios de acreditación de los centros de salud familiar en el marco de los procesos de modernización de la atención pública en salud, se procedió a una revisión de revistas científicas. Aplicando operadores booleanos «And» y «Or», los descriptores conceptuales fueron: modernización del Estado; acreditación; calidad y gestión directiva. Los criterios de búsqueda fueron: título, resumen y asunto.

Se utilizaron como filtros: año de publicación (2013 a 2017); área temática (medicina, enfermería y profesionales de la salud); tipo de documento (artículos científicos, excluyendo reseñas, editoriales, conferencias, cartas, notas, artículos en prensa o capítulos de libro).

En la [figura 1](#) se describe como se seleccionaron los artículos.

El proceso de modernización en Chile implicó 2 principios fundamentales: fortalecimiento del mercado y su liberalización, cuyo objeto era estimular la competencia en el mercado de bienes y servicios, e incentivar desde lo privado la producción nacional<sup>1</sup>.

Las estrategias para promoción de la calidad de instituciones sanitarias destacan la evaluación y la acreditación de centros sanitarios como herramientas que colaboran y estimulan a la mejora de la calidad. Permiten establecer un nivel de calidad para considerar la organización como excelente, y secundariamente sirven para impulsar la mejora de la organización<sup>2,3</sup>.

Los parámetros de calidad y mejoras continuas en la gestión organizacional, tienen sentido en la medida de entender una organización como estructura funcional, donde objetivos, estrategia institucional y grupo humano son considerados como recurso. En este sentido, la gestión organizacional toma relevancia y con ello, la funcionalidad de la dirección en cada organismo<sup>3</sup>.

Considerando diferencias contextuales y estructurales de los centros de salud, no podríamos comparar la consecución

de la calidad, metas, buenas prácticas, acreditación y atención de excelencia a niveles transversales. Por otro lado, considerar el perfil usuario como foco de atención, su disposición a la promoción y atención en salud, lo que daría cuenta de la asignación de recursos públicos que lucha por una asignación eficiente y equitativa<sup>4</sup>.

En conclusión, el proceso de modernización conllevó una forma de gestión y administración de los recursos materiales, inmateriales y humanos hacia la eficiencia y eficacia en la gestión. Se incorporan nuevas prácticas y conceptualizaciones como calidad, meta, cumplimiento de indicadores o control de gestión.

Emerge una tensión en razón a necesitar centros de salud con personal suficiente, capacitado y formado en criterios de excelencia, calidad, gestión, sistematización de información y datos, entre otros<sup>5,6</sup>. Los esfuerzos por desplegar equipos competentes en acreditación y calidad, deben tener en cuenta la riqueza multidisciplinar de un centro de salud, así como la diversidad sociocultural de funcionarios y usuarios de estos centros de salud. Esto invita a reconocer los orígenes de estos actores vinculados a los procesos de calidad, los que pueden determinar la intensidad e interés en los temas por ejemplo de acreditación.

Por tanto, al margen de las condiciones estructurales habilitadas para calidad, como espacios necesarios e implementación tecnológica, así como funcionarios adecuados y preparados para certificar y acreditar, es esencial que los estamentos directivos cumplan con requisitos gerenciales, directivos, competencias blandas suficientes para transformarse en un líder que pueda llevar a cabo los cambios necesarios en un centro de salud.

Los procesos de modernización positivizan praxis laborales, emergiendo lógicas de mercado y énfasis al cumplimiento de metas que generan competitividad. Esto determina una prioridad más cuantitativa, que cualitativa.

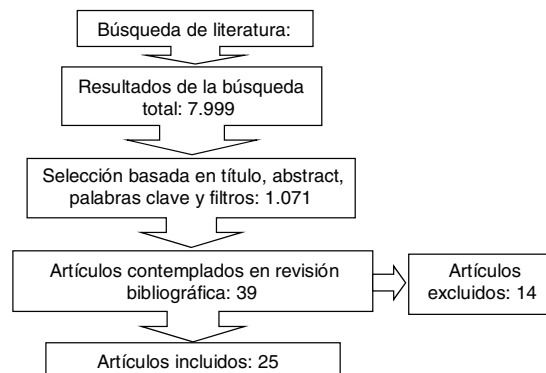


Figura 1 Resultados de la búsqueda y selección de artículos.

<sup>☆</sup> Los autores no son socios SEMFYC.