



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA DE BAJA CALIFORNIA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 16  
MEXICALI, B. C.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI  
COORDINACIÓN GENERAL DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

TESIS

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON DEPRESIÓN EN  
ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS EN LA UMF NÚM.16 DE MEXICALI B.C EN EL  
AÑO 2022”**

**REGISTRO**  
**R-2021-204-057**

**Trabajo para obtener diploma de especialista en Medicina Familiar**

**Alumna:**

Dra. Susan Karely López Oropeza  
Residente de Medicina Familiar UMF Núm. 16

**Asesor responsable:**

Dra. Blanca Evelia García Ontiveros

**Asesor temático y metodológico:**

Dra. María Elena Haro Acosta

**Asesor Estadístico:**

M.C. Rafael Iván Ayala Figueroa

Mexicali, B.C, 2022

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

**Alumna:** Dra. Susan Karely López Oropeza

Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 16 Mexicali B.C.

Matricula: 97023519

Adscripción: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: 6672218808

Correo electrónico: susanlopez14@hotmail.com

**Investigador responsable:** Dra. Blanca Evelia García Ontiveros

Matricula: 98024447

Adscripción: UMF Núm.16

Institución: IMSS Mexicali, B.C.

Teléfono: 686 1223424

Correo electrónico: blanca.garciao@imss.gob.mx

**Asesor metodológico y temático:** Dra. María Elena Haro Acosta

**Lugar de trabajo:** Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud.

**Teléfono:** 686 5433759

**Correo electrónico:** [eharo@uabc.edu.mx](mailto:eharo@uabc.edu.mx)

**Asesor estadístico:** M.C. Rafael Iván Ayala Figueroa

**Lugar de trabajo:** Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. Maestría en Ciencias de la Salud.

**Teléfono:** 686 1899065

**Correo electrónico:** [rafael.ayala@uabc.edu.mx](mailto:rafael.ayala@uabc.edu.mx)

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>Resumen</b>	4
<b>Marco teórico</b>	5
<b>Antecedentes</b>	12
<b>Justificación</b>	17
<b>Planteamiento del problema</b>	18
<b>Objetivos</b>	19
<b>Material y métodos</b>	20
• Diseño del estudio	20
• Lugar de realización del estudio	20
• Periodo del estudio	20
• Marco muestral	20
• Criterios de selección	21
• Instrumento de medición	21
• Procedimientos	22
• Definición y Operacionalización de las variables	23
• Análisis estadístico	24
<b>Aspectos éticos y de Bioseguridad</b>	25
<b>Resultados</b>	26
<b>Discusión</b>	38
<b>Conclusiones</b>	40
<b>Referencias bibliográficas</b>	41
<b>Anexos</b>	44

## RESUMEN

### “FRECUENCIA DE SINTOMAS RELACIONADA CON DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS EN LA UMF NÚM.16 DE MEXICALI B.C EN EL AÑO 2022”

Dra. Susan Karely López Oropeza, Dra. Blanca Evelia García Ontiveros,  
D.C. María Elena Haro Acosta, D.C. Rafael Iván Ayala Figueroa

**Introducción:** La depresión es un problema de salud pública, siendo el trastorno del ánimo más frecuente durante la infancia y la adolescencia. La prevalencia de depresión en el niño y adolescente es del 0.4-2.5%, es uno de los principales trastornos mentales a nivel mundial. La edad de inicio de esta patología ha disminuido, y los trastornos depresivos tienen incidencia creciente en cuanto a trastorno bipolar, suicidio y depresión mayor recurrente en esta población. Uno de los principales motivos por los que los trastornos de ánimo tienen un alto impacto en la salud pública se debe al grado de discapacidad que generan. **Objetivo:** Detectar la frecuencia de síntomas relacionados con depresión en escolares de 8 a 12 años de la UMF Núm.16 de Mexicali B.C en el año 2022. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal en escolares de 8 a 12 años, que acudan a atención en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 16 en el 2022. Se utilizó la escala CDI-S para medir la frecuencia de síntomas relacionados con depresión con previa aceptación del estudio por el Comité Local de Investigación en Salud, autorización de los padres o tutores y de los niños. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, talla, peso, IMC, escolaridad y presencia de síntomas relacionados con depresión con la Escala de CDI-S. Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central, de dispersión, de frecuencia y porcentaje con el programa estadístico SPSSv24. **Resultados:** La frecuencia de depresión fue del 17.8% y sin depresión del 82.14%. Predominó en el sexo femenino, en edad de 12 años y en la escolaridad de primaria. **Conclusiones:** La frecuencia de síntomas relacionados de depresión en el niño es mayor a lo reportado a nivel internacional y nacional. Se sugiere detectar este trastorno de manera temprana en el primer nivel de atención. **Palabras clave:** Escolar, depresión, baja autoestima

## **MARCO TEÓRICO**

Una de las realidades que se presentan actualmente a nivel mundial y que tiene un gran impacto, es el incremento de la de depresión y bajo autoestima a nivel infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que es considerada la principal causa de enfermedad y discapacidad de niños y niñas de entre 10 y 19 años. <sup>1</sup> puede ser un problema cuando es de larga evolución y presentarse en intensidad de leve a severa y llegar a alterar las actividades laborales, escolares y familiares. <sup>2</sup>

### **Conceptos Generales**

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por tristeza profunda y una pérdida del interés, y varios síntomas tanto emocionales, cognitivos, entre otros. <sup>3</sup> Los síntomas depresivos hacen referencia a los sentimientos normales como humor triste, sentirse infeliz, y cuando estos son muchos, aumenta la probabilidad de padecer depresión. <sup>4</sup>

El trastorno depresivo, es una condición debilitante caracterizado por síntomas afectivos, cognitivos y somáticos, que incluyen la presencia de ánimo bajo, anhedonia, alteraciones en el apetito y peso, alteraciones en el sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, ideas de minusvalía o culpa, disminución en la capacidad de concentración e ideas de muerte o suicidas. <sup>5</sup> La depresión en el niño y adolescente ha incrementado desde los últimos sesenta años. <sup>6</sup>

### **Epidemiología**

La depresión en los niños y adolescentes es la segunda enfermedad más frecuente en la consulta de psiquiatría, con una prevalencia de 0.4 % a 2.5 %. <sup>7</sup> así mismo, se ha observado que existe una relación entre la depresión en escolares y la estructura familiar; en su mayoría, el principal factor son los conflictos familiares, hijos de padres divorciados, y la percepción de mayor conflicto entre los padres que conlleva a mayores niveles de disforia. <sup>8</sup>

En España la prevalencia de depresión en preadolescentes es del 0.5-2%, aunque mencionan que pudiera estar infradiagnosticada. <sup>9</sup>

En México, según la Guía de Práctica Clínica, la prevalencia de depresión en el adulto es del 7.9% y esta prevalencia difiere en cuanto al sexo, grupos de edad y lugar de residencia; <sup>10</sup> en niños preadolescentes es de aproximadamente 5.9%, <sup>11</sup> se cree que uno de los factores principales en México para el aumento en la frecuencia de depresión en los niños son el sobrepeso y la obesidad. <sup>12, 13</sup>

### **Síntomas Clínicos**

Los niños pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, aunque la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de los estados de ánimo; sin embargo, la depresión puede ser severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares. Los episodios pueden acompañarse de malestar clínico significativo o de deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En lugar de pérdida de peso, pueden no alcanzar el peso y altura esperados para su edad, además, pueden no tener la madurez cognoscitiva para hablar de sus ideas y se expresan con problemas del comportamiento. <sup>6</sup>

A partir de los 7 años y hacia la pubertad, los síntomas clínicos están dirigidos hacia la afectación de tres esferas: 1) la esfera afectiva y conductual, que se manifiesta a través de irritabilidad, agresividad, agitación psicomotriz, apatía, tristeza, culpabilidad e ideas recurrentes de muerte; 2) la esfera cognitiva y actividad escolar, que se observa a través del bajo rendimiento escolar asociado a la falta de concentración y baja autoestima que puede llevar a problemas conductuales en relación a sus pares; y 3) la esfera somática, manifestándose con cefalea, dolor abdominal, problemas en el control de esfínteres, trastornos del sueño y disminución del apetito. <sup>14</sup>

## **Etiología de la depresión**

La depresión es el resultado de uno o más factores como son: los neuroquímicos, genéticos y ambientales. <sup>15</sup> Existen 3 tipos de factores relacionados con su origen y estos son: 1) factores que aumentan la vulnerabilidad e incrementan la predisposición como: factores genéticos, historia de trastorno afectivo en los padres, sexo femenino, edad postpuberal, antecedentes de síntomas depresivos, de abuso físico y sexual durante la infancia y afectividad negativa; 2) factores de activación directamente implicados en el comienzo de la depresión: los conflictos conyugales, la desestructuración familiar, acoso o humillación, abuso físico, emocional o sexual y consumo de tóxicos; y por último 3) los factores de protección: el buen sentido del humor, buenas relaciones de amistad, familia, logros personales valorados, nivel de inteligencia alto y practica de algún deporte. <sup>16</sup>

Las alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil se relacionan con actitudes negativas, depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria en los niños con problemas de obesidad por la discriminación que sufren como el bullying, lo cual impacta de manera importante en estos niños. <sup>13</sup>

## **Diagnóstico de la depresión en niños**

El diagnóstico de depresión en la infancia y adolescencia es complejo; se requiere de una evaluación médica completa, entrevista con los padres del niño e identificar factores relevantes tales como el comportamiento suicida, psicopatología, problemas interpersonales, familiares, entre otros. <sup>15</sup>

Los criterios para el diagnóstico de esta patología se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales V (DSM-V), para el cual debe cumplir cinco o más de los síntomas siguientes que deben estar presentes durante las últimas dos semanas y que representen un cambio al funcionamiento previo: al menos uno de los síntomas como ánimo bajo (disforia) o pérdida del interés o de placer (anhedonia); ánimo bajo la mayor parte del día, casi todos los días, ya sea por reporte subjetivo u observado por otros. <sup>5</sup>

En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritabilidad; y disminución importante del interés o placer en casi todas las actividades durante el

día y casi todos los días; la baja significativa de peso sin dieta o aumento de peso (5% de cambio) o cambios en el apetito casi todos los días. Sentir casi todos los días: agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva; disminución de la capacidad para concentrarse. Los síntomas causan molestias clínicamente significativas o deterioro en las funciones sociales, ocupacionales, u otras áreas importantes del funcionamiento. Los pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida recurrente, se deben descartar que el episodio no sea atribuible a los efectos de sustancias u otra condición médica. <sup>5</sup>

En cuanto a los exámenes de laboratorio y gabinete, estos no son útiles para realizar el diagnóstico de depresión, pero brindan información sobre el estado de salud de los pacientes antes de iniciar tratamiento farmacológico y ayudan a descartar la existencia de patología médica que condicione síntomas depresivos. Estos deberán solicitarse de acuerdo al criterio del médico tratante. <sup>6</sup>

### **Clasificación de la depresión**

De acuerdo a la clasificación del DSM-V, el trastorno de depresión se clasifica de la siguiente manera: <sup>5,17</sup>

**Depresión leve:** Impacto leve en el funcionamiento el cual provoca que el niño se sienta infeliz, pero no le impide llevar una vida normal. Con pequeños cambios en el estilo de vida, el niño puede recuperarse. Como criterio diagnóstico debe tener 5 síntomas, al menos uno de disforia o anhedonia.

**Depresión moderada:** repercute de forma considerable en la vida del niño; puede causar una sensación constante de abatimiento y tristeza, requiere de valoración médica. Como criterio diagnóstico debe contener 6-7 síntomas, al menos uno de disforia o anhedonia. Tiene mayor dificultad en el funcionamiento.

**Depresión mayor:** el niño se siente incapaz de enfrentarse a la vida diaria y tiene pensamientos negativos constantemente, esta enfermedad supone una amenaza para la vida, ya que el niño podría intentar suicidarse. Como criterio diagnóstico debe tener más de 7 síntomas. Tiene un impacto grave en el funcionamiento. <sup>5,17</sup>



## **Complicaciones de la depresión**

La depresión sin tratar puede resultar en problemas emocionales, de comportamiento y de salud que afectan cada área de la vida del adolescente. Las complicaciones relacionadas con la depresión pueden incluir el abuso de drogas y alcohol, problemas académicos, conflictos familiares y dificultades en las relaciones, acciones sociales ilegales e intentos de suicidio o suicidio.<sup>18</sup> Otras complicaciones de la depresión en niños y adolescentes incluyen dificultades familiares, sociales y fracaso escolar. El deterioro persistente en el funcionamiento psicosocial también puede asociarse a la aparición de trastornos de personalidad.<sup>6</sup>

## **Tratamiento**

Para el tratamiento de la depresión infantil son necesarias intervenciones de 3 tipos que son la psicoeducación, fármacos y psicoterapia:<sup>19</sup>

**Psicoterapia:** La más eficiente para esta población es la psicoterapia de tipo cognitivo-conductual, mediante la combinación de técnicas cognitivas y conductuales. La terapia familiar es coadyuvante de la terapia individual, sobre todo en familiar disfuncionales.

**Psicoeducación:** Sensibiliza a la familia para que mejore las relaciones familiares y sociales del niño, reconozca los signos y síntomas de la depresión, riesgos de recaída, dificultades en el funcionamiento académico, entre otras.

**Fármacos:** Los fármacos de primera línea son los inhibidores de la recaptura de la serotonina, debido a su eficacia como por sus pocos efectos adversos, fácil administración y su baja letalidad en caso de sobredosificación. La fluoxetina y la sertralina. También están los antidepresivos tricíclicos, como la Imipramina, amitriptilina, etc., aunque estos necesitan mejor vigilancia por el riesgo de arritmias e hipertensión. Lo más eficaz, es el tratamiento combinado.<sup>19</sup>

## **Cuestionario de Depresión Infantil (CDI-S)**

El Cuestionario de Depresión Infantil (Kovacs, 1992), en su última versión española, es uno de los instrumentos de mayor uso y mejor aceptado por los expertos en depresión infantil; evalúa la sintomatología depresiva en niños y adolescentes con

edades comprendidas entre 7 y 17 años; fue validado al español, con un alfa de Cronbach de 0.71-0.94. La herramienta contempla los criterios diagnósticos para depresión mayor del DSM-V, excepto el de la irritabilidad, el cual se sustituye por el criterio de disforia en población infantil.<sup>8, 20</sup>

El CDI-S evalúa 2 escalas: Disforia, escala D (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.); y Autoestima negativa, escala A (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.). Además, proporciona una puntuación total de Depresión. La herramienta, incluye una baremación utilizando una tabla de baremos en puntuaciones percentiles, típicas, Z y T para tres rangos de edad (7-8 años, 9-10 años y 11-17 años).<sup>21</sup>

La herramienta se puede emplear como tamizaje para identificar a niños y adolescentes que presentan sintomatología depresiva. Al obtenerse una puntuación alta en la prueba, ésta debe repetirse ya que, la mayor parte de los estados emocionales en los niños son transitorios y no debe hacerse el diagnóstico de depresión con una sola medición, y deberá repetirse en dos semanas. En caso de persistir los síntomas, el niño debe ser sometido a diagnóstico individualizado con presunción de depresión; y en el caso contrario, y haya descendido la puntuación, debe repetirse la prueba en un mes.<sup>20, 21</sup>

El cuestionario consta de 27 ítems y evalúa las 2 escalas de la siguiente forma: autoestima negativa (ítem: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25) y disforia (1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27). Contiene preguntas con respuestas de triple elección, fácil de aplicar, con un tiempo para su aplicación entre 10 y 20 minutos. Las puntuaciones de cada ítem se realizan con escala de 0 a 2 puntos; el 0 corresponde a frecuencia de aparición baja; el 1 a intensidad o frecuencia de aparición media; y el 2, a la mayor frecuencia e intensidad. Al obtener las puntuaciones, se procede a la corrección de las mismas, sumando las puntuaciones de los ítems que componen a cada escala. La suma de ambas escalas da lugar a la puntuación total de depresión. Las puntuaciones directas de las 3 escalas se

pueden transformar en percentiles y puntuaciones típicas a través de tablas de baremos diferenciados por edad y sexo. <sup>21</sup>

La puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos. Cuanto mayor es la puntuación, es mayor la intensidad de sintomatología depresiva que presenta el niño o el adolescente. Para el diagnóstico inicial de sintomatología depresiva, el punto de corte es de 19 puntos. <sup>22</sup>

En las tablas de baremos, se diferencian 3 posibles clasificaciones del grado de sintomatología depresiva: sin síntomas de depresión, sintomatología leve y sintomatología severa. Donde la puntuación percentil 90 indica sintomatología depresiva, y a partir del percentil 96 existe sintomatología depresiva severa. Las puntuaciones obtenidas por percentiles de cada escala y la puntuación total de depresión proporcionan el perfil de cada sujeto estudiado. La escala de CDI-S también es útil para el seguimiento y la evaluación de la eficacia del tratamiento de niños y adolescentes que se encuentran bajo tratamiento médico. <sup>21, 22</sup>

Ante el contexto ya explicado, la depresión es un problema de gran relevancia, siendo necesarias estrategias para detectarla en edades tempranas, y así disminuir el impacto negativo que tiene en la vida de niños y adolescentes.<sup>20-22</sup>

## **ANTECEDENTES**

Se realizó un estudio en Bogotá en el año 2019, para conocer la sintomatología depresiva en niños migrantes de Venezuela de edades entre 7 y 12 años que residen en Bogotá, con el cuestionario CDI de Kovacs. Se incluyeron 30 niños. Resultados: solo un niño presentó síntomas depresivos severos, el síntoma más frecuente fue la disforia, dos niños tuvieron depresión, el síntoma más frecuente fue la baja autoestima, a comparación del resto de los niños. Concluyeron que es importante detectar este problema en los niños migrantes y brindarles tratamiento oportuno. <sup>23</sup>

Román et al, realizaron un estudio en el año 2020, en Lima Perú, para evaluar la relación entre la depresión y la regulación emocional en niños de 7-9 años. Utilizaron un cuestionario de depresión que los investigadores validaron. Incluyeron a 55 niños. Resultados: el 29.09% presentó nivel de depresión bajo y alto respectivamente, y el 41.82% nivel medio. En cuanto a la regulación emocional, el 30.91% presentaron nivel bajo y alto respectivamente y el 38.18% nivel medio. Observaron una relación inversa entre depresión y regulación emocional. <sup>24</sup>

En Valencia España en el año 2016, se realizó un estudio para relacionar la inteligencia emocional, recursos y problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. Utilizaron los instrumentos: Inventario de Inteligencia Emocional para jóvenes (EQ-i-YV), Inventario de Fortalezas Personales (PSI), Cuestionario de Ansiedad Estado/Riesgo para niños (STAIC), Inventario de Depresión Breve para niños (CDI-S) y Listado de Quejas Somáticas (SCL). Se incluyeron 1 166 niños y adolescentes de 10-16 años. Resultados: las mujeres tuvieron mejor inteligencia emocional, las habilidades de inteligencia emocional se relacionan negativamente en la ansiedad, depresión y quejas somáticas. Concluyen que la inteligencia emocional es relevante para la prevención de ansiedad, depresión y quejas somáticas en los niños y adolescentes. <sup>25</sup>

Se realizó un estudio en la ciudad de Barranquilla, Colombia en el año 2021, para analizar los niveles de ansiedad y depresión en escolares en una institución privada, con el cuestionario CDI de Kovacs y Cuestionario de Ansiedad Manifiesta Revisado. Se incluyeron 80 estudiantes de segundo a quinto grado de primaria entre los 7 a 12 años. Resultados: Se observó que los niños puntuaron niveles medios en ansiedad y depresión más que las niñas. Se observa relación positiva muy baja entre ansiedad y depresión. Concluyeron que es importante la necesidad de estrategias para facilitar un mejor desarrollo emocional y las forma en la que los maestros puedan contribuir en este. <sup>26</sup>

En España en el año 2018, se efectuó un estudio para conocer la relación entre las quejas somáticas y los síntomas depresivos en niños españoles por sexo y edad, con el cuestionario CDI de Kovacs y el Inventario de Somatización Infantil que examina 35 síntomas somáticos. Se incluyeron 666 niños con edades entre 8 y 12 años. Resultados: los síntomas pseudoneurológicos, gastrointestinales y de dolor son más frecuentes en niños con sintomatología depresiva, siendo el dolor de articulaciones, el dolor de cabeza y el cansancio los síntomas más prevalentes. Concluyeron la importancia de atender adecuadamente a los síntomas somáticos puesto que con frecuencia pueden responder a un trastorno emocional más que a una enfermedad física. <sup>27</sup>

En Veracruz en el año 2020, se llevó a cabo una investigación para ver las características sociodemográficas y depresión en adolescentes de edades de 12 a 15 años de nivel de educación secundaria en escuelas públicas con el cuestionario CDI de Kovacs. Se incluyeron 253 adolescentes. Se observó mayor incidencia de depresión en adolescentes varones, edad (13 y 14 años) que viven en compañía de sus padres y hermanos, y que a su vez no sienten apoyo o motivación por ninguno de sus profesores con un 59 %. Concluyeron que las edades más vulnerables son de 13 y 14 años coincidiendo en los índices más altos de depresión moderado severo. Es importante considerar el desarrollo y elaboración de una estrategia de intervención para prevenir la presencia de depresión, ya que el 100% cuenta con

problemas de depresión moderado u severo, lo cual significa que existen factores que afectan su desarrollo. <sup>28</sup>

En Yucatán, México en el año 2018, se realizó un estudio sobre el acoso escolar, ira y depresión en adolescentes mexicanos. Utilizaron los instrumentos escala de violencia entre pares y el inventario CDI en niños. Se incluyeron 1 050 alumnos de secundaria entre 12 y 16 años. Resultados: El 43% de quienes ejercían violencia presentaban síntomas depresivos, y 51% de estos adolescentes puntuaron elevados para la ira como rasgo. De las víctimas de acoso, el 44% obtuvo puntuaciones para rasgos depresivos y el 34% presentaba niveles elevados para el rasgo de ira. Los resultados sugieren que la intervención fue eficaz para reducir la victimización y mejorar el control de ira en víctimas y agresores significativamente, al entrenar a los participantes en vías de expresión más saludables. Concluyen que el programa de corte cognitivo conductual mostró ser de utilidad para abordar la sintomatología derivada del acoso escolar, y para encontrar diversas alternativas para la vivencia de este fenómeno en la vida cotidiana. <sup>29</sup>

En Guanajuato en el año 2017, se efectuó un estudio para determinar sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. Participaron 217 niños escolarizados de ambos sexos y entre 9 y 13 años de edad. Se utilizó el inventario de CDI y el Cuestionario de autoconcepto general. Los resultados fueron más altos de lo esperado en depresión leve, moderada y severa, ideación suicida y bajo autoconcepto. Se encontraron niveles de correlación significativos entre el autoconcepto, la sintomatología depresiva y el sexo. Todos los niños presentaron baja autoestima, el 33.8% presentaron puntuaciones altas y muy altas de sintomatología depresiva. No hubo diferencias en el IMC y la circunferencia de cintura. Concluyen que debe buscarse intencionadamente la depresión en los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad, tener una detección temprana y el adecuado abordaje de los signos de sufrimiento emocional y conductas de riesgo en niños. <sup>30</sup>

En Hermosillo, Sonora se realizó un estudio en el año 2019, para obtener las propiedades psicométricas del instrumento de CDI y evaluar su adecuación y confiabilidad en escolares de quinto y sexto años de primaria de escuelas públicas, así como para observar la incidencia de rasgos depresivos y sus diferencias según el sexo. Se aplicó el Inventario CDI de Kovacs. Se incluyeron 557 escolares de ambos sexos y con una edad promedio de 10.65 años. Resultados: Se determinó un alto índice de rasgos depresivos en la población escolar, de moderados a severos, sin hallarse diferencias significativas en la ocurrencia de la depresión por sexo. Se concluye que la escala resulta adecuada y confiable para la población de niños sonorenses.<sup>31</sup>

En la Ciudad de México en el año 2020 se realizó una investigación en 391 adolescentes alumnos de segundo y tercer grado de secundarias públicas para conocer los factores familiares predictores de depresión en adolescentes. Fueron 49 % hombres y 51 % mujeres de 14-16 años. Se les aplicó la Escala de ambiente familiar del adolescente (EAFA), el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) y la Escala Básica 2D de depresión. Resultados: el 13% de las mujeres presentaron el más alto puntaje de depresión vs el 4.2 % en hombres. Las dimensiones del ambiente familiar conflicto para aceptación y falta de comunicación, se relacionó positivamente en los hombres, en cambio en las mujeres fueron la ausencia de reglas, la falta de comunicación y aceptación de la familia.<sup>32</sup>

Mata et al., en el año 2017, realizaron un estudio en Nuevo León, para determinar la diferencia entre los niveles de autoestima, depresión y ansiedad, IMC y circunferencia de cintura entre niños y adolescentes; en una clínica de obesidad infantil. Se incluyeron 117 niños de 8-16 años. Se utilizaron la Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMASR-2) de Reynolds y Richmond y Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher. Todos los niños presentaron baja autoestima, el 33.8% presentaron

puntuaciones altas y muy altas de sintomatología depresiva. No hubo diferencias en el IMC y la circunferencia de cintura. Concluyen que debe buscarse intencionadamente la depresión en los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad.<sup>33</sup>

No se cuenta con estudios en Baja California relacionados con el tema.



## JUSTIFICACIÓN

La depresión en el niño y adolescente ha aumentado dramáticamente en los últimos años, su prevalencia es del 0.4 % a 2.5%,<sup>7</sup> es uno de los principales trastornos mentales a nivel mundial y la edad de inicio ha disminuido; cada año mueren un millón trescientos mil adolescentes, en su mayoría por causas tratables o prevenibles.<sup>1</sup>

En México, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro", durante el 2017 los trastornos afectivos depresivos ocuparon el primer lugar de atención con el 25.7% de atenciones por primera vez. Se ha observado que las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión durante la adolescencia aumentando el riesgo de suicidio en la etapa adulta. Al recuperarse de un episodio depresivo frecuentemente presentan deterioro del funcionamiento escolar y social, abuso de sustancias, atribuciones negativas y aumento de embarazo precoz. El pronóstico depende principalmente de la edad de inicio, la severidad, la duración, la funcionalidad familiar y el acceso a redes de apoyo, y la recurrencia, la cual es habitual y en el 31.6% de ellos, posteriormente, se diagnostica trastorno bipolar.<sup>6</sup>

Resulta relevante el conocimiento de la frecuencia de síntomas relacionados con la depresión en pacientes escolares de 8 a 12 años, ya que su identificación apoyaría a la detección oportuna para la inclusión de programas de apoyo, y el control de emociones negativas, tanto para el paciente como para la familia, así como también, iniciar tratamiento psicológico en caso de ser necesario. De esta manera, se podrá dar tratamiento oportuno, para evitar su incidencia y cronicidad, al mismo tiempo mejorar la calidad de vida del escolar y mejorar el ambiente familiar.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La OMS, resalta el impacto de la depresión entre los niños y adolescentes; es la principal causa de enfermedad y discapacidad de escolares mayores de 8 años y en adolescentes, <sup>1</sup> es la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil y su prevalencia en población general se ha descrito de 0.4 % a 2.5 % en niños. <sup>7</sup>

Los niños en edad escolar son más susceptibles a cambios que afectan su ambiente, que pueden ser problemas al interior de la familia, conflictos con amigos, vecinos o compañeros de escuela. <sup>11</sup> Pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, aunque la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de los estados de ánimo, sin embargo, la depresión puede ser severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares. <sup>13</sup>

Las complicaciones relacionadas con la depresión en esta población pueden incluir el abuso de drogas y alcohol a edades tempranas, problemas académicos, conflictos familiares y dificultades en las relaciones, acciones sociales ilegales e intentos de suicidio o suicidio. <sup>18</sup>

En esta población, se desconoce la frecuencia de síntomas relacionados con depresión en los escolares, esto ayudaría al médico familiar a que identifique de manera temprana la depresión en los escolares, para poder otorgar un tratamiento oportuno e integral que involucre a la familia.

Por todo lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la frecuencia de síntomas relacionados con depresión en escolares de 8 a 12 años en la UMF Núm.16 de Mexicali BC en el año 2022?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Determinar la frecuencia de síntomas relacionados con depresión en escolares de 8 a 12 años en la UMF No.16 de Mexicali B.C en el año 2022.

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer las características generales de la población de acuerdo con: edad, sexo, peso, talla, IMC y escolaridad.
2. Conocer la escala más afectada del cuestionario CDI-S por edad y sexo. (disforia, autoestima negativa).
3. Identificar el grado de sintomatología depresiva (sin síntomas, leve y severa) de acuerdo con el cuestionario CDI-S por edad, sexo.
4. Asociar el IMC con las dimensiones afectadas

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño del estudio:** Observacional, transversal, prospectivo y analítico.

**Universo:** Niños con edades de 8 a 12 años derechohabientes de la Unidad de UMF No. 16 de Mexicali B.C

**Lugar del estudio:** UMF No. 16, Mexicali Baja California.

**Período de estudio:** Año 2022.

### Marco muestral

. **Población:** Niños de 8 a 12 años derechohabientes de la UMF Núm. 16.

. **Tipo de muestreo:** No probabilístico, por conveniencia.

. **Tamaño de muestra:** Se realizó con la fórmula de proporciones con una confiabilidad del 95% siendo la muestra necesaria de 85 niños. La UMF No.16 cuenta con una población de niños de 8 a 12 años de 7 429 niños, y la frecuencia de depresión en niños y adolescentes de 7 a 14 años reportada por Hernández, en una Unidad de Medicina Familiar No.1 en Acapulco, Guerrero, fue del 5.9 %. <sup>11</sup>

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

donde:

$N = 7\ 429$  pacientes

$Z =$  nivel de confianza al 95% = 1.96

$p =$  prevalencia de depresión  $p$  (1- $p$ ), donde  $p = .059$ , corresponde a la prevalencia de depresión 5.9% =0.059.

$q = 0.941$

$d^2 = 0.0025$

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = \frac{(7429) (1.96)^2 (0.059)(0.941)}{(0.0025) (7428) + (1.96)^2 (0.059)(0.941)} = 84.3 = 85 \text{ niños}$$

**n= 85 niños**

### Criterios de Selección:

### **De Inclusión**

- Niños de 8-12 años derechohabientes de la UMF No.16 que acudan a la consulta en el periodo del estudio y que acepten participar en el estudio firmando asentimiento informado y el consentimiento informado por sus padres o tutores.

### **De Exclusión**

- Pacientes que cuenten con diagnóstico de depresión
- Pacientes con discapacidades mentales y/u orgánicas (retardo mental, discapacidad auditiva, del lenguaje o visual)

### **De Eliminación**

- Encuesta incompleta.
- Pacientes que decidan no continuar en el estudio.

### **Instrumento de medición:**

. **Hoja de recolección de datos:** las variables son: edad, sexo, peso, talla, IMC, escolaridad, sintomatología de depresión, nivel de depresión y rubro más afectado. (Anexo 1)

. **Encuesta CDI-S cuestionario de depresión infantil:** Es un cuestionario de 27 ítems, aplicable a niños y adolescentes de 8 a 12 años. El formato de respuesta es de triple elección, con tres posibilidades de puntuación para cada ítem, 0-1-2 en función del grado de síntomas relacionados con depresión. El 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición baja; el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia de aparición media; y el 2, a la mayor frecuencia e intensidad. La puntuación total en el CDI-S se obtiene sumando todos los valores numéricos asignados a cada elección, siendo el rango de puntuación de 0 a 54. El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta mayor frecuencia de sintomatología depresiva.<sup>8, 20-22</sup> El cuestionario evalúa 2 escalas: Disforia, escala D (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.); y Autoestima negativa, escala A (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.); y además proporciona una puntuación total de Depresión. La herramienta, incluye una baremación utilizando una tabla de

baremos en puntuaciones percentiles, típicas, z y T para tres rangos de edad (7-8 años, 9-10 años y 11-17 años). La puntuación percentil 90 indica sintomatología depresiva, y el percentil 96 indica sintomatología depresiva severa. En las tablas de baremos, se diferencian 3 posibles clasificaciones del grado de sintomatología depresiva: sin síntomas de depresión, sintomatología leve y sintomatología severa. Las puntuaciones obtenidas por percentiles de cada escala y la puntuación total de depresión proporcionan el perfil de cada sujeto estudiado. <sup>21</sup> (Anexo 2)

## **Procedimientos**

Previo aceptación del estudio por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité de Ética en Investigación, se siguieron los siguientes pasos:

**Paso 1:** Se localizaron en la sala de espera de los consultorios a los niños con edades de 8 a 12 años; una vez identificados, se les invitó a participar en la investigación. Se les explicó a los niños y a los padres o tutores en que consiste el estudio.

**Paso 2:** A quienes aceptaron participar, se les invitó a pasar al Aula de Enseñanza de la unidad para su mayor comodidad, donde se les dio información sobre la depresión, y la importancia de detectarla. Además, se resolvieron dudas en caso de tenerlas. Una vez informados y aun deseando participar, se le solicitó firmar la carta de consentimiento informado (Anexo 3) a los padres o tutores, y la carta de asentimiento a los niños (Anexo 4).

**Paso 3:** Se procedió a recopilar la siguiente información a través de la hoja de recolección de datos: edad, sexo, peso, talla, IMC y escolaridad (Anexo 1).

**Paso 4:** Se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil CDI-S (Anexo 2), cuya duración es de 10 a 20 minutos, capturando los datos en la computadora portátil. En caso de que presentar algún grado de sintomatología de depresión ( $\geq 19$  puntos), se concertó cita con el médico familiar tratante para seguimiento y manejo integral, y de ser necesario, valorar envío a segundo nivel. Independientemente del resultado, se dio consejería para mejorar o mantener un buen estado mental y de ánimo.

**Paso 5.** Los datos obtenidos se guardaron en una hoja en Excel para su posterior análisis en el programa estadístico SPSS v.24

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Valor
<b>Edad</b>	Tiempo que transcurre desde el nacimiento a la fecha actual	Edad identificada en la cartilla de salud	Cuantitativa discreta	8 a 12 años
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculino o femenino, determinado biológicamente.	Género identificado en la cartilla de salud	Cualitativa nominal	1. Masculino 2. Femenino
<b>Peso</b>	Medida que expresa la fuerza que genera la gravedad sobre el cuerpo expresado en kg	Peso en Kilogramos registrado en el expediente clínico	Cuantitativa Continua	Kg
<b>Talla</b>	Estatura de una persona medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza	Talla en centímetros, registrada en el expediente clínico	Cuantitativa Continua	Cm
<b>IMC</b>	Es un número que pretende determinar el rango más saludable de peso que puede tener una persona. Cociente que resulta de dividir el peso (kg) por la talla al cuadrado (m <sup>2</sup> ) Cociente que resulta de dividir el peso (kg) por la talla al cuadrado (m <sup>2</sup> )	IMC por percentiles de acuerdo a edad y sexo. Peso bajo: menor p10 Peso normal: mayor p10 – menor p85 Sobrepeso mayor p85 a menor p95 Obesidad mayor p95	Cualitativa Ordinal	1. Peso bajo 2. Peso normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado máximo de estudios expresado por la participante	Cualitativa ordinal	1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria
<b>Presencia de Síntomatología relacionados a Depresión</b>	Estado fisiológico de mayor vulnerabilidad a los factores de estrés, que resultan de la disminución de las reservas fisiológicas o la alteración de múltiples sistemas fisiológicos, malestar clínico significativo o de deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	Medición de los síntomas relacionados con la Encuesta de CDI-S para niños y adolescentes de 7 a 17 años, a través de 2 escalas: Disforia (D), (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.); y Autoestima negativa (A) (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.).  Consta de 27 ítems, cada uno responde a una escala de tres puntos, donde  0= ausencia del síntoma 1= síntomas moderados de depresión 2= síntomas severos de depresión.  La puntuación va de 0 a 54 puntos. El punto de corte es	Cualitativa Ordinal	1. Sin síntomas de depresión 2. Sintomatología leve de depresión 3. Sintomatología severa de depresión

		de 19 puntos para considerar presencia de síntomas depresivos al sumar los valores de las escalas de disforia y autoestima negativa. Se hace corrección del puntaje en las tablas de baremos, donde se diferencian 3 posibles clasificaciones del grado de sintomatología depresiva. (Anexo 2).		
--	--	---	--	--

### **Análisis estadístico**

Para describir las variables sociodemográficas se construyeron gráficas de barra. Se utilizó análisis descriptivo de las variables cuantitativas como medida de centralidad y desviación estándar como medida de dispersión. Para las variables de naturaleza categóricas y cuantitativas se realizaron análisis de frecuencias, presentando los resultados en gráficas mediante el programa estadístico SPSSv24. Y prueba de Fischer asociando el IMC con la dimensión más afectada.



## **ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS**

El presente estudio de investigación se realizó con apego a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964, revisada en la 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil en el 2013 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, se protegió la privacidad de las personas incluidas en el. Con base en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud inciso I, el riesgo de la investigación corresponde a una investigación sin riesgo.

Previa autorización por el Comité Local de Investigación 204 del IMSS, y cumpliendo lo establecido en la normativa institucional en relación a la investigación en salud y seres humanos se solicitó su autorización de participar en el estudio a los pacientes seleccionados mediante la firma de la carta de consentimiento informado y de asentimiento y la carta de autorización del director de la unidad médica participante. En todo momento se respetó la confidencialidad de la paciente.

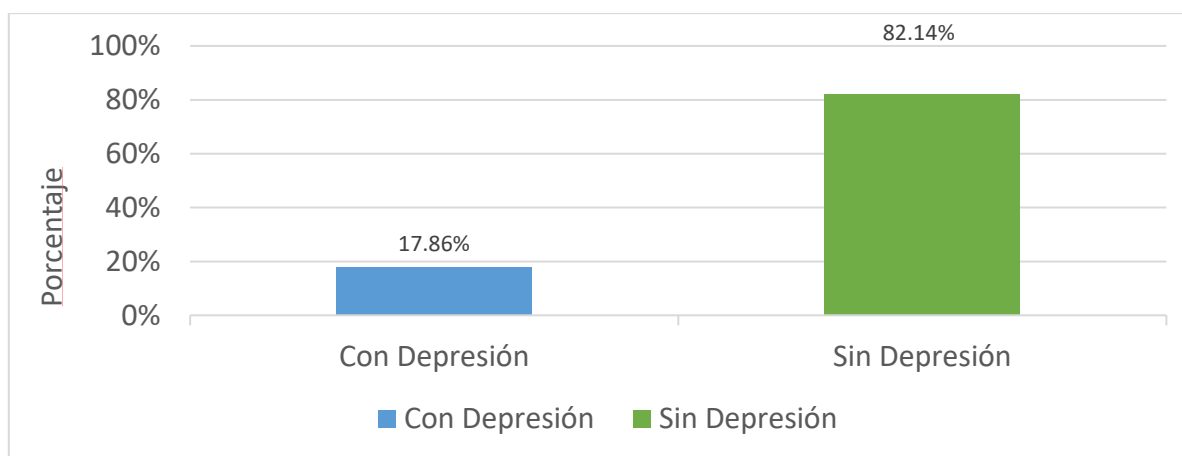
Beneficios de participar en el estudio: al contestar el cuestionario se sabrá si el paciente presenta o no síntomas relacionados con depresión y la escala más afectada de acuerdo con el cuestionario CDI-S, y se dará información del tema. En caso de presentar una puntuación elevada, se envió con el médico tratante para seguimiento del caso. Para la unidad, puede ser un preámbulo para crear posteriormente estrategias para reforzar la atención integral en este grupo de edad y así reducir la incidencia de esta patología en la población infantil.

### **Aspectos de Bioseguridad**

En base al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la actual investigación se considera una investigación con riesgo mínimo ya que solo se le interrogó, los datos de peso y talla fueron recabados del expediente clínico.

## RESULTADOS

El estudio estuvo conformado por 85 niños con un rango de edad de 8 a 12 años; no se excluyó ninguno. La frecuencia de sintomatología de depresión en esta población fue del 17.8%. Gráfica 1.



**Gráfica 1. Frecuencia de sintomatología de depresión en escolares**

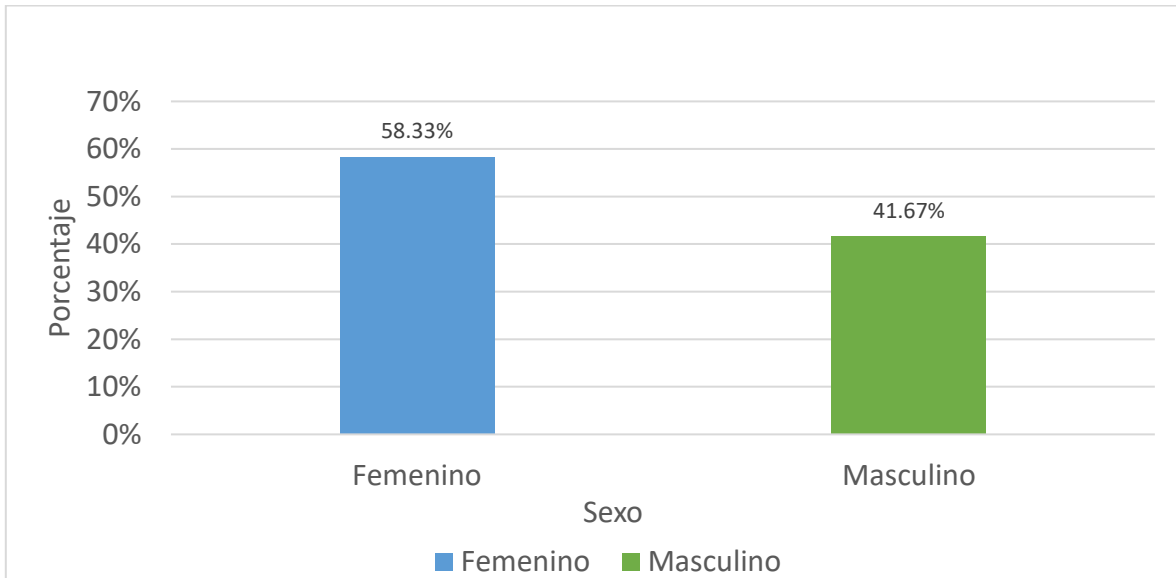
### Características generales de la población

En cuanto a la edad, en los escolares de 8 años se presentaron con menor frecuencia casos de sintomatología relacionada con depresión, a comparación de los escolares de 12 años donde se presentaron 22 casos. Tabla 1.

**Tabla 1. Frecuencia de sintomatología de depresión de acuerdo a la edad**

Población de acuerdo con la edad	Número de Escolares
8 años	12
9 años	13
10 años	20
11 años	18
12 años	22

En relación con el sexo, se observó una mayor proporción de población femenina con un 58.33%. Gráfica 2.



**Gráfica 2. Frecuencia de síntomas de depresión de acuerdo al sexo**

En la población encuestada, el promedio del peso fue de 53kg (DS 9.727). Y el rango de 36-45 kg fue el más frecuente, seguido del de 46-55kg. Tabla 2

**Tabla 2. Población de acuerdo con el peso**

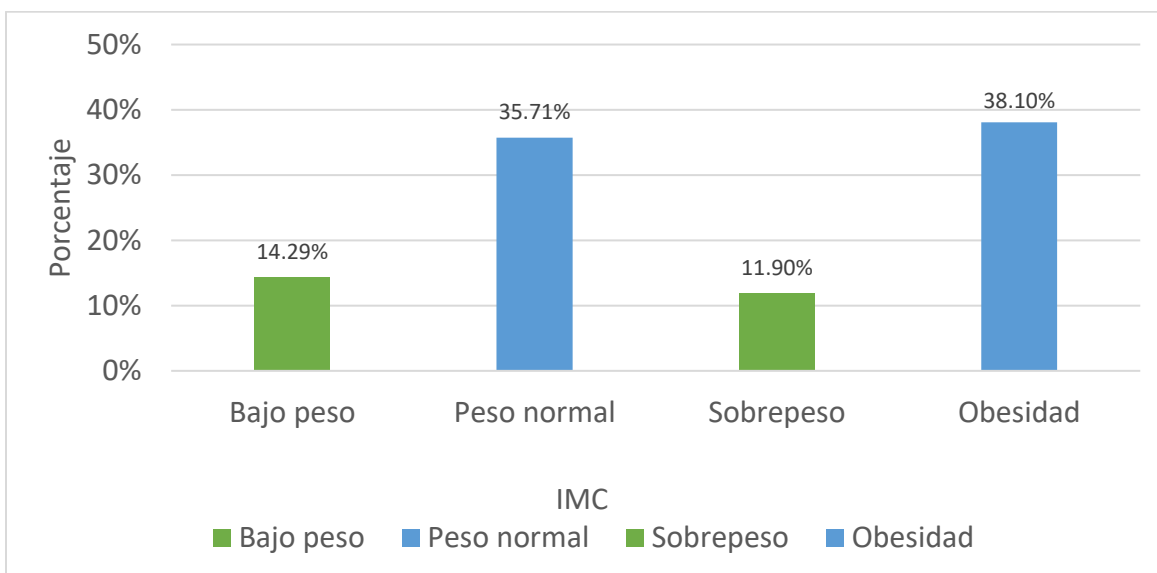
Peso	Número de Escolares
25-35 kg	13
36-45 kg	34
46-55 kg	27
56-65 kg	11

El promedio de la talla fue de 1.32 m, y el rango de 1.41-1.50m fue el más frecuente, seguido del 1.31-1.40 m. Tabla 3.

**Tabla 3. Población de acuerdo con la talla**

Talla	Número de Escolares
1.20-1.30 m	19
1.31-1.40 m	21
1.41-1.50 m	23
1.51-1.60 m	20
1.61-1.70 m	2

En lo que se refiere al estado nutricional de acuerdo con el IMC, el 14.3% de los niños tuvo bajo peso y el 38.10% obesidad. Gráfica 3.



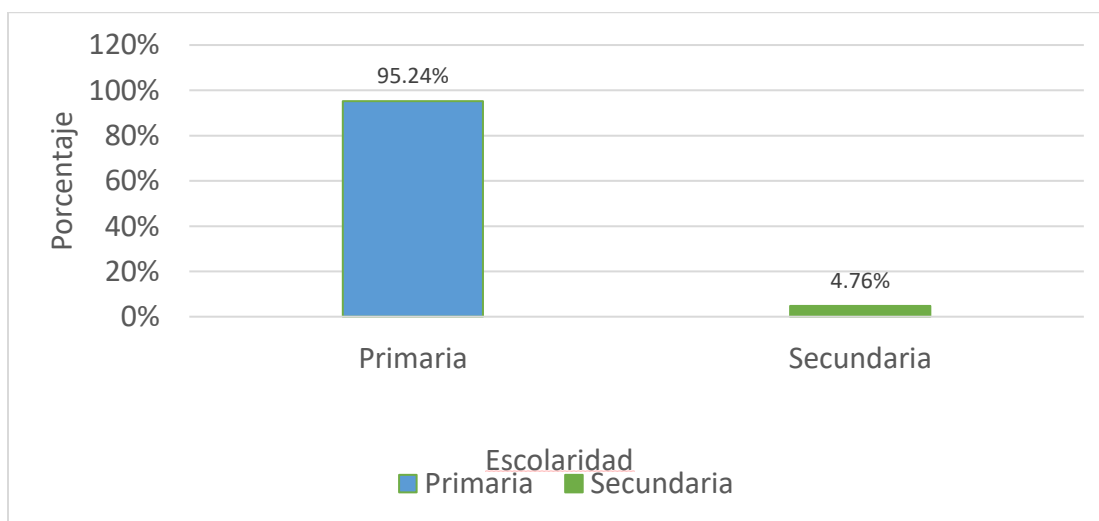
**Gráfica 3. Población de acuerdo con el IMC**

De los 85 pacientes, 12 escolares presentaron obesidad en edad de 12 años, seguida de 7 escolares en edades de 10 y 11 años. En escolares de 10 años, 10 presentaron peso normal. Tabla 4.

**Tabla 4. IMC de acuerdo con la edad**

Edad Años	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
8	1	6	1	4
9	3	4	3	3
10	3	10	0	7
11	2	6	2	7
12	3	4	4	12
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>33</b>

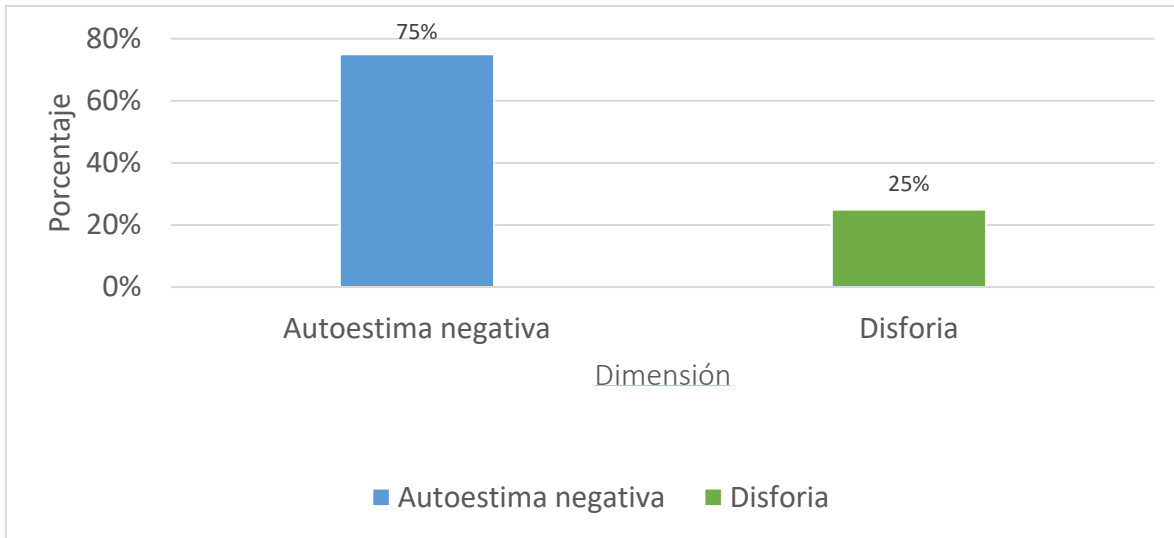
Así mismo, en cuanto a la escolaridad, el 95.24% se encontraba cursando la primaria, y el 4.76% la secundaria. Gráfica 4.



**Gráfica 4. Población de acuerdo con la escolaridad**

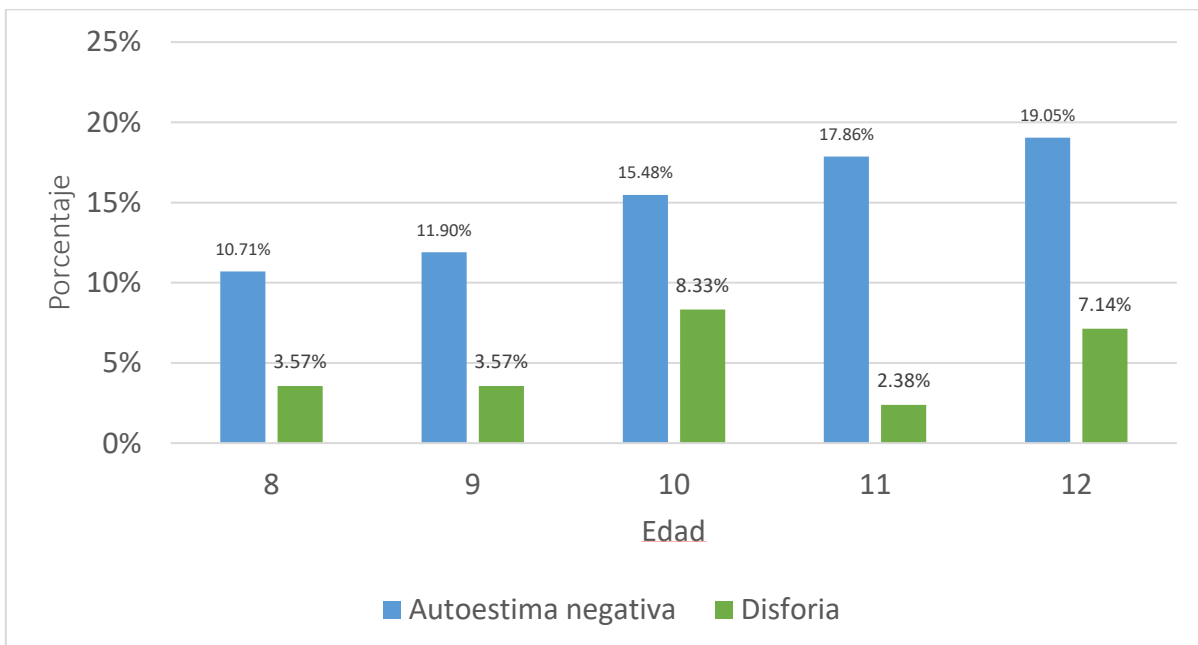
**Dimensión más afectada del cuestionario CDI-S por edad y sexo: (disforia o autoestima negativa).**

En la población estudiada a través del cuestionario CDI Kovacs el cual evalúa dos dimensiones, la dimensión más afectada fue autoestima negativa con el 75%, y la menos afectada la dimensión de disforia con el 25%. Gráfica 5.



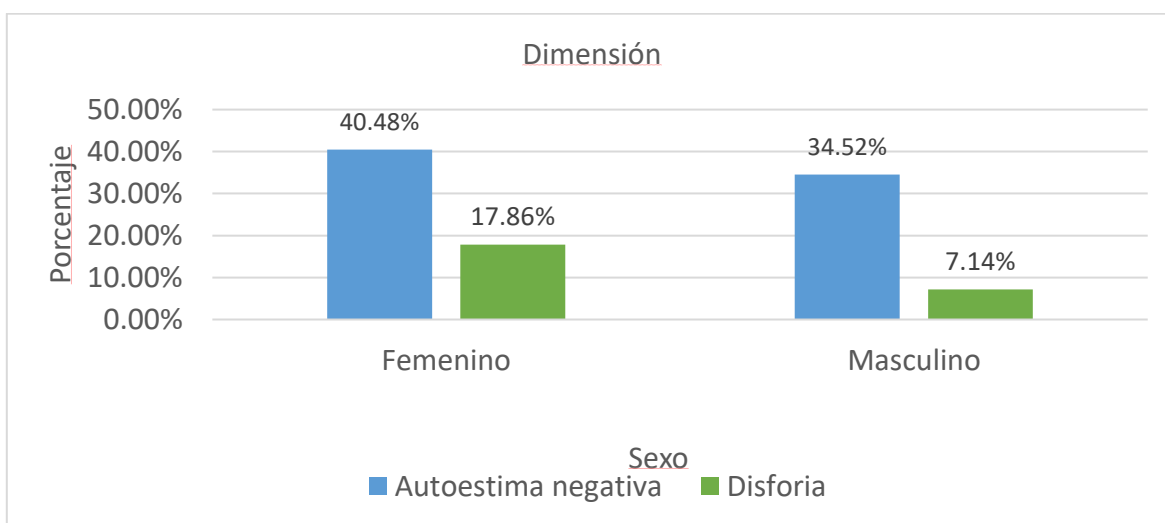
**Gráfica 5. Dimensión más afectada de acuerdo al cuestionario CDI Kovacs**

En todas las edades de la población estudiada, se encontró más afectada la dimensión de autoestima negativa, principalmente en la edad de 12 años (19%), seguida de los 11 años (17.86%). La disforia se presentó en todas las edades, principalmente en la edad de 10 años (8.33%) y de 12 años (7.14%). Gráfica 6.



**Gráfica 6. Dimensión afectada de acuerdo con la edad**

En cuanto al sexo, en ambos se ve afectada la autoestima negativa predominando el sexo femenino con el 40.48% vs masculino 34.52%; lo mismo que la dimensión de disforia con el 17.56% vs 7.14% respectivamente.



**Gráfica 7. Dimensión afectada de acuerdo con el sexo**

### **Frecuencia de síntomas relacionados con Depresión con la escala CDI.**

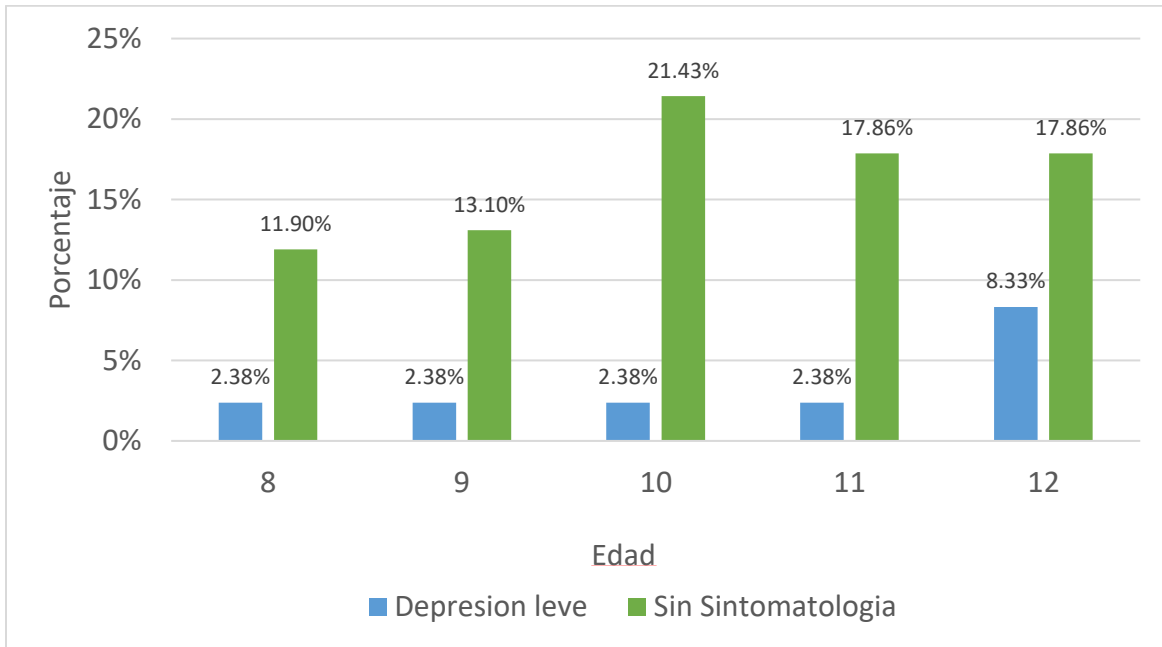
De acuerdo con los síntomas relacionados con depresión que se presentaron en la población estudiada, los más frecuentes fueron la ineficiencia (72.62%), maldad (67.86%) y fealdad (66.67%).

**Tabla 5. Síntomas relacionados con depresión**

Síntomas	n	Porcentaje
Preocupación	52	61.90
Humor depresivo	53	63.10
Tristeza	55	65.48
Ineficiencia	61	72.62
Fealdad	56	66.67
Maldad	57	67.86

### Grado de sintomatología depresiva (sin síntomas, leve y severa) de acuerdo con el cuestionario CDI-S por edad y sexo

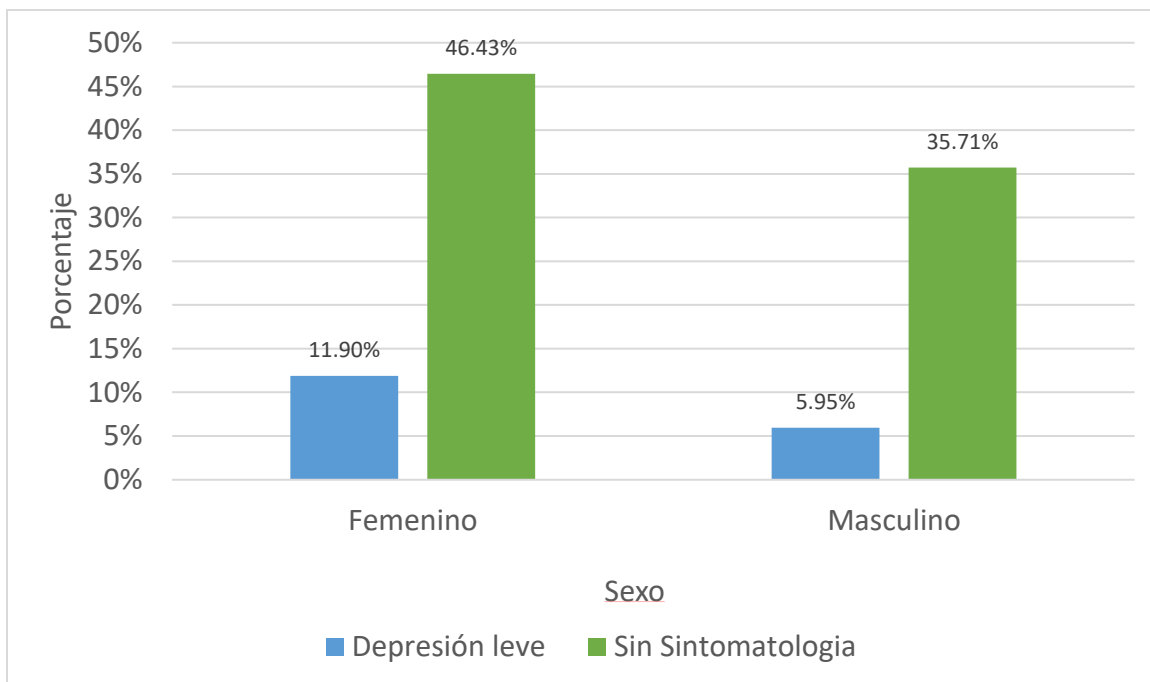
Como resultado del instrumento CDI se identificó que el 17.86% cuenta con sintomatología de depresión leve principalmente en la edad de 12 años con el 8.33%. No se identificó a ningún paciente con sintomatología de depresión moderada o severa. Gráfica 8.



**Gráfica 8. Frecuencia de depresión por edad**

Por otro lado, el sexo femenino presentó más sintomatología depresiva grado leve con el 11.90% vs 5.95% del sexo masculino con sintomatología leve. Gráfica 9.





**Gráfica 9. Sintomatología de depresión de acuerdo con el sexo**

**Asociación del IMC con las dimensiones de disforia y autoestima negativa que evalúa el cuestionario CDI de Kovac´s**

Finalmente, no se observó asociación entre el IMC con las dimensiones de disforia y autoestima negativa (Prueba de Fisher 0.783,  $p= 0.887$ ), por lo cual las variables son independientes. Tabla 6.

**Tabla 6. Asociación del IMC con las dimensiones afectadas**

Estado nutricional	Autoestima negativa	Disforia
Bajo peso	10	2
Peso normal	23	7
Sobrepeso	7	3
Obesidad	24	9

Prueba de Fisher 0.783,  $p= 0.887$

## DISCUSIÓN

En el presente estudio la frecuencia de síntomas relacionados con depresión en el niño fue del 17.86%, mayor a lo reportado por varios autores que va del 0.4% al 12%, debido a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas. <sup>8,11,14</sup> Román et al., menciona del 29.09% en su estudio realizado en Lima Perú en el 2020 en niños de 7-9 años. <sup>24</sup> Además este amplio porcentaje también se debe a la diversidad de instrumentos utilizados para detectar la depresión, de los cuales podemos encontrar más de cinco escalas e instrumentos.

En lo que se refiere a los síntomas relacionados con depresión en escolares, estos fueron inferiores a lo que se menciona en un estudio realizado en Hermosillo, Sonora en el 2019 con el 33% de sintomatología de depresión. <sup>31</sup>

Se observó una mayor proporción de la población femenina, similar a lo reportado por varios autores. <sup>11,32</sup>

De acuerdo con la escolaridad el 95.24% se encuentran cursando la primaria, y el 4.76% la secundaria; sin embargo, en los escolares de 12 años que cursaban secundaria presentaron más sintomatología de depresión que los de 8-11 años; esto similar a lo reportado en el estudio realizado en Guanajuato en el 2017. <sup>30</sup>

En cuanto al IMC, predominó la obesidad con el 38.10%, seguido del peso normal con el 35.71%, similar al 37.8% lo mencionado por Hernández. <sup>11</sup> En cambio Mata et al., en Nuevo León en el año 2017, reportaron que el 87.20% presentó obesidad y un 12.80% sobrepeso, donde establece que los menores de edad tienen un riesgo aumentado a las patologías mencionadas a comparación de aquellos que presentan un IMC normal. <sup>33</sup>

Los síntomas más frecuentes relacionados con depresión fueron la ineficiencia (72.62%), maldad (67.86%) y fealdad (66.67%). Esto traduce que se encuentra más afectada la escala de autoestima negativa con el 75%, en mujeres de 12 años, lo cual es mayor a lo reportado por Chávez (33.6%) en su estudio en el 2017, <sup>30</sup> pero menor a lo mencionado por Mata et al., (100%) en Nuevo León en el año 2017. <sup>33</sup>

En el presente estudio el 17.86% tuvieron sintomatología leve de depresión, y ninguno con sintomatología moderado o severa, comparado con el 10% observado en el estudio de Bogotá. <sup>23</sup> En cambio, Román et al., <sup>24</sup> menciona que el 29.09% presentaron depresión leve, el 41.82% moderado y el 29.09% grave; y el estudio realizado en Sonora reporto que el 23.5% con depresión moderado y 10.4% depresión severa. <sup>31</sup>

No se observó asociación entre el IMC con las dimensiones afectadas ya que son variables independientes. No existen estudios que hayan hecho este análisis.

La dimensión más afectada fue la autoestima negativa. Por lo que se debe buscarse intencionalmente síntomas de depresión en niños y adolescentes con obesidad y sobrepeso. <sup>12</sup>

## **CONCLUSIONES**

Los resultados de esta investigación cumplen con los objetivos planteados debido que se logran identificar síntomas relacionados con depresión en niños de 8 a 12 años en la UMF No.16.

La frecuencia de síntomas relacionados de depresión en el niño es mayor a lo reportado a nivel internacional y nacional, siendo el síntoma más frecuente la baja autoestima, lo cual resulta relevante para ser considerada tanto en el ámbito educativo, como en la intervención clínica, predominando en edades de 12 años y en los pacientes con obesidad.

## **RECOMENDACIONES**

Se sugiere emplear herramientas con el fin de detectar datos sugestivos de depresión infantil de manera temprana en el primer nivel de atención y en caso de ser necesario, realizar derivación oportuna a segundo nivel de atención y fortalecer los programas de educación médica continua sobre la atención integral de la población infantil.

Fortalecimiento de los programas de los servicios de apoyo en primer nivel de atención tales como trabajo social, nutrición y medicina preventiva encargados de programas de intervención en esta población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Resalta el impacto de la depresión entre niños y adolescentes. 14 mayo 2014. [citado 7 julio 2021]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2014/05/1301391>
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Nota descriptiva 30 enero 2020. (citado 7 julio 2021). [citado 7 julio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed [Internet]. 2017 [citado el 9 de julio 2021]; 28(2):73-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447-revbiomed-28-02-73.pdf>
4. Tomás J. Trastorno depresivo infantil. Centre Londres 94: Psiquiatría-Paidopsiquiatría. [citado el 9 de julio 2021]. Disponible en: [http://www.centrelondres94.com/files/trastorno\\_depresivo\\_infantil](http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
6. Nogales Imaca AI, Rodríguez Juárez H, Cortés Meda GM, Cabrera Abud II, Esperon Vargas C, et al. Guía clínica de depresión en niños y adolescentes. Secretaría de Salud. México. [citado 10 julio 2021]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452952/3.\\_Depresi\\_n\\_en\\_Ni\\_os\\_y\\_Adolescentes.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452952/3._Depresi_n_en_Ni_os_y_Adolescentes.pdf)
7. Ulloa-Flores RE, Peña-Olvera F, Nogales-Imaca I. Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. Salud Mental [Internet]. 2011[citado 22 julio 2021]; 34(5): 403-407. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000500002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500002&lng=es).
8. Orgilés M, Samper MD, Fernández-Martínez I, Espada JP. Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. RPCNA 2017; 4(2): 129-134.
9. Sánchez Mascaraque P, Cohen DS. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Adolescete 2020; 8(1):16-27.
10. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015.
11. Hernández Nava JP, Joanico Morales B, Juanico Morales G. Salgado Jiménez MA, Zaragoza Ruiz I. Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. Aten Fam 2020; 27(1):38-42.
12. González-Toche J, Gómez-García A, Gómez-Alonso C, Álvarez-Paredes MA, Álvarez-Aguilar C. Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. Aten Fam 2017; 24(1):8-12.
13. Ortega Miranda EG. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. Rev Medica Hered 2018; 29 (2): 111-115.

14. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. 7 ed. España: Tórculo Artes Gráficas, S.A. 2009.
15. Acosta-Hernández ME, Mancilla-Percino T, Correa-Basurto J, Saavedra-Vélez M, Ramos-Morales FR, Cruz-Sánchez JS, et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurocienc (Méx); 16(1):20-25.
16. Bonet de Luna C, Fernández García M, Chamón Parra M. Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. Rev Pediatr Aten Primaria 2011; 13(51): 471-489.
17. Reyes ACB, Rojas PRG. Diagnóstico y manejo de la depresión en niños y adolescentes en Atención Primaria [Internet]. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 12 marzo 2019. [citado 15 julio 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/diagnostico-manejo-depresion-ninos-adolescentes/>
18. Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med (Méx) [Internet]. 2017 [citado 20 julio 2021]; 60(5):52-55. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500052&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052&lng=es).
19. Pacheco Tochoy P, Charkel R. Depresión en niños y adolescentes. Curso Continuo de Actualización en Pediatría. 15(1):30-38. [citado 25 julio 2021]. Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
20. Segura Camacho S, Posada Gómez S, Ospina ML, Ospina Gómez H. Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia. Int J Psychol Stud 2010; 3(2):63-73.
21. Del Barrio Gándara V, Carrasco Ortiz MA. CDI Manual de depresión infantil. España: TEA ediciones S.A.;2004.
22. Del Barrio MV, Moreno-Rosset C, López-Martínez R. El Inventario de Depresión Infantil, (CDI: Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. Clín Salud 1999; 10(3): 393–416.
23. Castiblanco Alba DC. Sintomatología depresiva en niños migrantes venezolanos entre los 7 y 12 años. [Tesis]. Venezuela. Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. 2019.
24. Román Medina E, Romero Vela SR. Depresión y regulación emocional en niños de 7,8 y 9 años de etapa escolar, Lurigancho-2020. [Tesis]. Lima, Perú. Universidad Cesar Vallejo. 2021.
25. Ysern González L, González Barrón MR, Montoya Castilla I. Relación entre la inteligencia emocional, recursos y problemas psicológicos, en la infancia y adolescencia. [Tesis]. Valencia, España. Universidad de Valencia. 2016.
26. García Padilla A, Fontalvo Cayón G. Niveles de ansiedad y depresión en menores escolares. Alternativas Psicol [Internet] 2021 [citado 10 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/257/Niveles%20de%20ansiedad%20y%20depresi%C3%B3n%20en%20menores%20escolares.pdf>

27. Orgilés M, Fernández-Martínez I, Melero S, Morales A, Espada JP. Niños españoles con sintomatología depresiva: un estudio de sus quejas somáticas. *Summa Psicol* 2018; 5(2):106-112.
28. Camarillo-Quiroz A, García-de-Jesús MC, Carrera Morales UA. Características sociodemográficas y depresión en adolescentes de escuelas secundarias públicas del municipio Camerino Z. Mendoza, Veracruz. *Eur Sci J [Internet]* 2020 [citado 10 agosto 2021];16(2). Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/12639>
29. Vanega-Romero S, Sosa-Correa M, Castillo-Ayuso R. Acoso escolar, ira y depresión en adolescentes mexicanos: un estudio preliminar de la eficacia de una intervención. *RPCNA* 2018; 5(2): 49–54.
30. Chávez Hernández AM, Correa-Romero FE, Klein-Caballero AL, Macías-García LF, Cardoso-Espíndola KV, Acosta-Rojas IB. Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2017; 35(3):501-514. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas>.
31. Miranda de la Torre I, Laborín Álvarez JF, Chávez-Hernández AM, Sandoval Godoy SA, Torres Soto NY. Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud [Internet]* 2016 [citado 10 agosto 2021]; 26: 273-282. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203>
32. Ruíz Cárdenas CT, Jiménez Flores J, García Méndez M, Flores Herrera LM, Trejo Márquez HD. Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *RDIPyCS [Internet]* 2020; [citado 27 julio 2021] 6(1):104-122. Disponible en: <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/197>
33. Mata González EE. Autoestima, ansiedad, depresión, IMC y circunferencia de cintura de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad. [Tesis]. Nuevo León, Monterrey. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2017.

## ANEXOS

### Anexo 1. Hoja de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
No. De control interno _____	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad: _____	
Sexo 1. Masculino ( ) 2. Femenino ( )	
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ 1. Peso bajo ( ) 2. Peso normal ( ) 3. Sobrepeso ( ) 4. Obesidad ( )	
Escolaridad	1.Sin escolaridad ( ) 2.Primaria ( ) 3.Secundaria ( )
Cuestionario CDI-S	
Puntos: _____	
<b>Sintomatología de Depresión</b> 1. Sin síntomas de depresión ( ) 2. Síntomas leves de depresión ( ) 3. Síntomas severos de depresión ( )	
Escala más afectada con corrección del puntaje con tablas de baremos (anexo 2)	
1. Disforia ( ) 2. Autoestima negativa ( )	



## Anexo 2. Cuestionario de Depresión Infantil

CDI nº	Nombre y apellidos:			
Sexo:	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Edad: _____ años	Fecha: ____/____/____
Centro:	Examinador:			



### INSTRUCCIONES

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

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un **aspa (x)** en el círculo que hay junto a tu respuesta.

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

- EJEMPLO:**
- Leo libros muy a menudo
  - Leo libros de vez en cuando
  - Nunca leo libros

**RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.**

**DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.**

**PASA A LA PAGINA SIGUIENTE.**



Autora: María Risco - Copyright de los contenidos © 1992 by North Beach.  
Copyright © 1991, 1992 by North Beach Systems, Inc. (NBS), Toronto, Canadá.  
Copyright internacional en todos los países según la Comisión de Berna y los Convenios de Ginebra y París.  
Adaptadores de la edición española: M. V. del Barrio Calvo y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (MCAO).  
Copyright de la edición española © 2004 by TGA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplo está impreso en **PDF TERCERO**, si le presentas un ejemplo en papel es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el apoyo a **NO LA SITUACE** - Printed in Spain, Imprenta en España.

Marcá con un aspa (X) el círculo de la frase que describe mejor como te has encontrado últimamente.

1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste siempre.

2

- Nunca me saldrá nada bien.
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- Las cosas me saldrán bien.

3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago mal muchas cosas.
- Todo lo hago mal.

4

- Me divierten muchas cosas.
- Me divierten algunas cosas.
- Nada me divierte.

5

- Soy malo siempre.
- Soy malo muchas veces.
- Soy malo algunas veces.

6

- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
- Me preocupa que me ocurran cosas malas.
- Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.

7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no lo haría.
- Quiero matarme.

10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

11

- Las cosas me preocupan siempre.
- Las cosas me preocupan muchas veces.
- Las cosas me preocupan de vez en cuando.

12

- Me gusta estar con la gente.
- Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
- No quiero en absoluto estar con la gente.

13

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14

- Tengo buen aspecto.
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16

- Todas las noches me cuesta dormir.
- Muchas veces me cuesta dormir.
- Duermo muy bien.

17

- Estoy cansado de vez en cuando.
- Estoy cansado muchos días.
- Estoy cansado siempre.

18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como muy bien.

**No te detengas,  
continúa en la  
pagina siguiente.**



19

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

**Fin de la prueba.**  
**Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.**

**¡MUY IMPORTANTE!**

**NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.**

**¡MUY IMPORTANTE!**

**NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.**

Sume los puntos que están junto a las aspas (D) que están dentro de cada círculo.

(D)

0  
1  
2

(A)

2  
1  
0

2

(A)

0  
1  
2

3

(D)

0  
1  
2

(D)

2  
1  
0

(A)

0  
1  
2

6

(D)

2  
1  
0

(D)

2  
1  
0

(D)

0  
1  
2

(D)

2  
1  
0

(A)

2  
1  
0

11

(D)

0  
1  
2

(A)

2  
1  
0

13

(A)

0  
1  
2

14

(A)

2  
1  
0

15

(D)

2  
1  
0

(D)

0  
1  
2

(D)

2  
1  
0



Autora: María Rovito - Copyright © 1992 by Multi-Health Systems, Toronto, Canadá.  
 Adaptadora de la versión española: M<sup>o</sup> y M<sup>te</sup> María Guadalupe y Miguel Ángel Carrasco (Dpto. IJMED).  
 Copyright de la versión española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados.  
 Reservada la reproducción total o parcial - Esta copias está impresa en **DOS TINTAS**. Si se imprime en un ordenador se  
 requiere una reproducción legal. En beneficio de la profesión y en el mejor precio: **NO LA VULGOS** - Impreso en España.

**A**

0  
1  
2

**19**

**A**

2  
1  
0

**24**

**D**

0  
1  
2

**D**

2  
1  
0

**D**

2  
1  
0

**21**

**A**

0  
1  
2

**26**

**D**

0  
1  
2

**D**

0  
1  
2

**A**

0  
1  
2

**23**

**D**

0  
1  
2

- Suma los puntos de la escala **D** y traslade la puntuación a la casilla PD.
- Suma los puntos de la escala **A** y traslade la puntuación a la casilla PD.

PD **D** + **A** = **Tota**  
 30/100

PERFIL INDIVIDUAL	DIAGNÓSTICO	AUTOESTIMA	COE TOTAL
Pc			Pc
99			99
98			98
97			97
96			96
95			95
90			90
85			85
80			80
75			75
70			70
65			65
60			60
55			55
50			50
45			45
40			40
35			35
30			30
25			25
20			20
15			15
10			10
0-5			0-5

	<b>D</b>	<b>A</b>	Tota
Pc			
Z			
T			

• Consulte los baremos para transformar las PD en las diferentes puntuaciones.

**PERFIL DE ÍTEMS**





BAREMOS DE LA ESCALA TOTAL DE DEPRESIÓN

Pc	PUNTUACIONES DIRECTAS							Pc	z	T
	VARONES			MUJERES			TOTAL			
	7-8 años	9-10 años	11-15 años	7-8 años	9-10 años	11-15 años	7-15 años			
1	0	0	0	0	0	0	0	1	-1,77	32
2	-	-	1-2	-	-	1-3	1	2	-1,77	32
5	1	1-2	3-4	1-2	1-2	4	2-3	5	-1,45	35
10	2	3	5	3	3-4	5	4	10	-1,12	39
15	3	4	-	4	5	6	5	15	-0,96	40
20	4	5	6	5	-	7	6	20	-0,80	42
25	5	-	7	-	6	8	-	25	-0,64	43
30	6	6	8	6	7	-	7	30	-0,64	43
35	7	-	-	-	8	9	8	35	-0,48	45
40	-	7	9	7	9	10	-	40	-0,32	47
45	8	8	10	8	-	11	9	45	-0,32	47
50	9	9	-	-	10	-	10	50	-0,16	48
55	10	10	11	9	-	12	11	55	0,00	50
60	11	11	12	10	11	13	12	60	0,16	52
65	12	-	13	-	12	14	-	65	0,32	53
70	13	12	14	11	-	15	13	70	0,32	53
75	14	13	15	12-13	13	16	14-15	75	0,48	55
80	15	14-15	16-17	14-15	14-15	17-18	16	80	0,60	58
85	16-17	16-17	18-19	16	16-17	19-21	17-18	85	0,96	60
90	18	16	20	17	18	22	19	90	1,20	65
91	19	19	21	18	19	23	20	91	1,45	64
92	-	20	22	-	20	24	21	92	1,45	64
93	-	21	-	-	-	-	22	93	1,61	66
95	20-23	22-24	23-26	19-20	21-22	25-27	23-26	95	1,93	70
96	24-27	25-27	27-30	21-23	23-24	26-30	27-31	96	2,09	71
97	28-31	28-30	31-34	24-26	25-26	31-33	32-36	97	2,25	72
98	32-35	31-33	35-38	27-28	27	34-36	37-41	98	2,42	74
99	36-54	34-54	38-54	28-54	28-54	37-54	42-54	99	2,90	79
N	669	1.159	2.152	676	1.117	1.893	7.759	-	-	-
Media	9,69	9,93	11,50	9,31	10,96	12,52	11,00	-	0	50
Dt	9,05	6,38	6,03	5,45	5,69	6,46	6,20	-	1	10

SIN SINTOMATOLOGÍA

LEVE

SEVERA

BAREMOS DE LA ESCALA DE DISFORIA

Pc	PUNTUACIONES DIRECTAS							Pc	z	T
	VARONES			MUJERES			TOTAL			
	7-8 años	9-10 años	11-15 años	7-8 años	9-10 años	11-15 años	7-15 años			
1	--	--	--	--	--	--	--	1	-1,11	39
5	--	--	--	--	--	--	--	5	-1,11	39
10	--	--	0	--	0	0	0	10	-1,11	39
15	0	0	--	0	--	--	--	15	-0,84	42
20	--	--	--	--	1	1	--	20	-0,84	42
25	1	1	1	1	--	--	1	25	-0,84	42
30	--	--	--	--	--	--	--	30	-0,57	44
35	2	--	--	--	2	2	--	35	-0,57	44
40	--	2	2	2	--	--	2	40	-0,57	44
45	--	--	--	--	3	--	--	45	-0,30	47
50	3	3	--	--	--	3	3	50	-0,30	47
55	--	--	3	3	--	--	--	55	0,00	50
60	4	4	--	--	4	4	4	60	0,00	50
65	--	--	4	4	5	--	--	65	0,23	52
70	5	5	5	5	--	5	5	70	0,23	52
75	6	6	--	--	6	6	6	75	0,50	55
80	--	7	6	6	7	7-8	7	80	0,77	58
85	7	8	7-8	7-8	8	9	8	85	1,04	60
90	8	9	9	--	9	10	9	90	1,31	63
91	9	10	10	--	10	11	10	91	1,57	66
92	--	--	--	--	--	12	11	92	1,57	66
95	10-12	11-12	11-14	9	11-12	13-14	12-14	95	2,11	71
96	13-15	13-15	15-18	10-11	13-14	15-16	15-17	96	2,11	71
97	16-18	16-19	19-21	12-13	15-16	17-18	18-21	97	2,38	74
98	19-21	20-21	22-25	14	17-18	19-20	22-24	98	2,92	79
99	22-32	22-32	26-32	15-32	19-32	21-32	25-32	99	3,19	82
N	669	1.159	2.152	676	1.117	1.893	7.759	--	--	--
Media	3,96	3,98	3,92	3,78	4,36	4,50	4,13	--	0	50
DI	3,48	3,69	3,72	3,71	3,58	4,02	3,72	--	1	10

BAREMOS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA

Pc	PUNTUACIONES DIRECTAS							Pz	z	T
	VARONES			MUJERES			TOTAL			
	7-8 años	9-10 años	11-15 años	7-8 años	9-10 años	11-15 años				
1	--	--	0	--	--	0-1	0	1	-1,94	31
2	--	--	1	--	--	2	--	2	-1,64	31
5	0	0	2	0-1	0	3	1	5	-1,64	34
10	1	1	3	--	1	--	2	10	-1,35	36
15	2	2	--	--	2	4	3	15	-1,05	39
20	--	--	4	2	3	--	--	20	-0,75	42
25	3	3	--	--	--	5	4	25	-0,75	42
30	--	--	5	3	4	--	--	30	-0,46	45
35	--	4	--	--	--	6	5	35	-0,46	45
40	4	--	6	4	--	--	--	40	-0,16	48
45	--	--	--	--	5	7	--	45	-0,16	48
50	5	6	7	--	--	--	6	50	-0,16	48
55	--	--	--	5	--	8	--	55	0,13	51
60	6	6	8	--	6	--	7	60	0,13	51
65	--	--	--	6	--	--	--	65	0,42	54
70	7	7	9	--	7	9	8	70	0,42	54
75	--	--	--	7	--	--	--	75	0,72	57
80	8	8	10	--	8	10	9	80	0,72	57
85	--	9	11	8	9	11	10	85	1,02	60
90	9	10	12	9	10	12	11	90	1,32	63
91	10	11	--	10	--	--	--	91	1,32	63
95	11	12-13	13	11-12	11	13	12	95	1,61	66
96	12	14-15	14	13	12	14	13-14	96	1,91	69
97	13	16-17	15	14	13	15-16	15-16	97	1,91	69
98	14	18	16	15	--	17-18	17-18	98	2,15	71
99	15-22	19-22	17-22	16-22	14-22	19-22	19-22	99	2,21	72
N	669	1.159	2.152	676	1.117	1.893	7.759	--	--	--
Media	5,38	5,63	7,26	5,16	5,71	7,71	6,55	--	0	50
DI	3,24	3,42	3,19	3,01	3,22	3,20	3,37	--	1	10

Nota: Se recuerda que esta escala representa, en realidad, la autoestima negativa y, por tanto, las puntuaciones altas son indicativas de una falta de autoestima.

El formato de respuesta es de triple elección, es decir, existen tres posibilidades de puntuación para cada ítem, 0-1-2 en función del grado de síntomas relacionados con depresión en la respuesta del niño. Así el 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición baja; el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia de aparición media; y el 2, a la mayor frecuencia e intensidad. La puntuación total en el CDI-S se obtiene sumando todos los valores numéricos asignados a cada elección, siendo el rango de puntuación, por lo tanto, de 0 a 54. La severidad de los síntomas será mayor cuanto mayor sea la puntuación obtenida en el CDI-S. El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta mayor frecuencia de sintomatología depresiva.<sup>8, 20, 21, 22</sup>

La puntuación percentil 90 indica sintomatología depresiva, y a partir del percentil 96 existe sintomatología depresiva severa. En las tablas de baremos, se diferencian 3 posibles clasificaciones del grado de sintomatología depresiva: sin síntomas de depresión, sintomatología leve y sintomatología severa. Las puntuaciones obtenidas por percentiles de cada escala y la puntuación total de depresión proporciona el perfil de cada sujeto estudiado.<sup>20,21</sup>



### ANEXO 3. Carta de consentimiento informado

 <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	<b>“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS A DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD EN LA UMF Núm.16 DE MEXICALI B.C EN EL AÑO 2022”</b>
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Núm.16, IMSS, Mexicali, Baja California, enero 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es un trastorno común, entre los menores de edad escolar, en caso de su detección, se podrá proporcionar una atención específica, identificación de factores de riesgo y tratamiento oportuno en caso de requerirlo, para evitar su incidencia y cronicidad, al mismo tiempo mejorar la calidad de vida del paciente, y mejorar su desempeño escolar.
Procedimientos:	Si su hijo/hija acepta participar en el estudio y usted lo autoriza, se le realizarán algunas preguntas de tipo personal, y relacionadas con depresión, para ello se le invitará a pasar al Aula de Enseñanza de la UMF 16, para que se sienta cómodo y con privacidad, el tiempo promedio del estudio es de 15 minutos aproximadamente.
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo para su salud o persona en este estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le dará Información para prevenir o evitar la depresión. Si se le detecta que presenta síntomas relacionados con depresión, se enviará con su médico familiar para que valore si requiere ser enviado con el médico psiquiatra que es el especialista, o a servicios de apoyo del instituto como: trabajo social, psicología, nutrición, etc.
Participación y retiro:	La participación en el estudio es voluntaria, es decir, es decisión si participa o no en el estudio. También es importante que se conozca que, si en un momento dado ya no se quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema.
Privacidad y confidencialidad:	Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no se informará a nadie tus respuestas o resultados sin que sea autorizado previamente, solo sabrán la información, las personas que forman parte del equipo de este estudio.
<p><b>Declaración de consentimiento:</b> Después de haber leído y aclarado todas mis dudas acerca de este estudio:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio.</p>	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Blanca Evelia García Ontiveros Correo: <a href="mailto:blanca.garciao@imss.gob.mx">blanca.garciao@imss.gob.mx</a> Dra. Susan Karely López Oropeza. Correo: <a href="mailto:susanlopez14@hotmail.com">susanlopez14@hotmail.com</a>
Colaboradores:	Dra. María Elena Haro Acosta, correo: <a href="mailto:eharo@uabc.edu.mx">eharo@uabc.edu.mx</a> Mtro Rafael Iván Ayala Figueroa, correo: <a href="mailto:rafael.ayala@uabc.edu.mx">rafael.ayala@uabc.edu.mx</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
<hr/> Nombre y firma del sujeto Testigo 1	<hr/> Nombre y forma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma

## Anexo 4. Carta de asentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN  
SALUD

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

Lugar y fecha: Mexicali B.C a \_\_\_\_\_

#### Datos del protocolo de investigación

Título del protocolo "FRECUENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS A DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD EN LA UMF Núm.16 DE MEXICALI B.C EN EL AÑO 2022"

Número de registro:

#### Justificación y objetivo del estudio:

Hola, mi nombre es Susan Karely López Oropeza y soy médico residente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer la frecuencia de depresión en escolares de 8 a 12 años, y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder algunas preguntas relacionadas con el tema posterior a firma de consentimientos tanto informado como de asentimiento. A lo que seguirá realizar el llenado de la encuesta en el Aula anexa a la Coordinación de Enseñanza de la UMF Núm. 16.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu 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 y tus padres o tutores.

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 sin tachar.

Sí quiero participar

Nombre completo del participante

Nombre completo y firma de quien obtiene el consentimiento:

En caso de ser personal IMSS, la matrícula y adscripción:

Si no quieres participar, déjalo sin tachar y no escribas nada

2800-009-018

**Anexo 5. Carta de Autorización del director de la unidad**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 204**

**PRESENTE:**

Por medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS A DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD EN LA UMF NÚM.16 DE MEXICALI B.C EN EL AÑO 2022”**

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad Médica Familiar Núm.28. Para lo cual se designa a la **Dra. Blanca Evelia García Ontiveros** con matrícula **98024447** adscrito a la **UMF Núm.16**, como **Investigador responsable**.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo,

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

AUTORIZÓ:

---

Dra. Claudia Yaret Chávez Páez  
Directora de la UMF Núm.16

**Anexo 5. Carta de autorización del director de la unidad**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 204**

**PRESENTE:**

Por medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

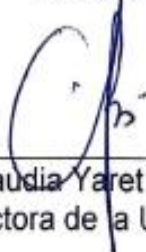
**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS A DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS DE EDA EN LA UMF NÚM.16 DE MEXICALI B.C EN EL AÑO 2022”**

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad Médica Familiar Núm.28. Para lo cual se designa a la **Dra. Blanca Evelia García Ontiveros** con matrícula **98024447** adscrito a la **UMF Núm.16**, como **Investigador responsable**.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo,

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

AUTORIZÓ:



---

Dra. Claudia Yaret Chávez Páez  
Directora de la UMF No.16