Facultad de Medicina
Unidad de Medicina Familiar No. 55

"RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA"

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Magali Velazquez Batana

Director

Dra. Flor de Areli Serrano Campos
Mtra. Diana Ivette Mar Vázquez
R-2022-2104-070

H. Puebla de Z. Febrero 2025

DA

Facultad de Medicina

Unidad de Medicina Familiar No. 55

“RELACION DE OBESIDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Magali Velázquez Batana

Director

Dra. Flor de Areli Serrano Campos

Diana Iveth Mar Vázquez

R-2022-2104-070

H. Puebla de Zaragoza. Febrero 2025

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN PUEBLA
SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.55 PUEBLA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.

TESISTA
DRA. MAGALI VELAZQUEZ BATANA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRIPCION UMF 55
MATRICULA:97226771
CORREO: mvb55@hotmail.com
CELULAR: 2212748523

INVESTIGADOR RESPONSABLE ANTE EL IMSS:
MEDICO FAMILIAR: FLOR DE ARELI SERRANO CAMPOS
ADSCRITA A LA UMF 55 IMSS
MATRICULA :98220554
CORREO: fille_4ever @hotmail.com
CELULAR:2223122040

INVESTIGADORES ASOCIADOS:
MAESTRA EN TERAPIAS PSICOSOCIALES: DIANA IVETH MAR VAZQUEZ
ADSCRITA A LA UMF 55 IMSS
MATRICULA :97316045
CORREO: diana.iveth.mar.90@gmail.com
CELULAR:2291733996

PUEBLA PUE. FEBRERO 2025

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

Título de tesis:

"RELACION DE OBESIDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA"

****

Título a obtener:

Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

****

Presenta:

Dra. Magali Velázquez Batana

****

Directores de Tesis:

Dra. Flor de Areli Serrano Campos

****

CO-Director de Tesis:

Diana Iveth Mar Vázquez

****

Revisor:

****

H. Puebla de Z. Febrero 2025.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2104**.
U MED FAMILIAR NUM 6

Registro COFEPRIS **17 CI 21 114 137**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 005 2017102**

FECHA **Jueves, 03 de noviembre de 2022**

Dr. JAVIER SOTOMAYOR TAPIA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACION DE OBESIDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-2104-070

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

ATENTAMENTE

Alfredo Hernández Simón
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

H. Puebla de Zaragoza a 05 de Julio de 2024

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD MÉDICA

Médico Residente: **VELAZQUEZ BATANA MAGALI** adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar Número 55, con aval academico de la Benemerita Universidad Autonoma de Puebla con numeros de matricula BUAP: 222650398, IMSS: 97226771.

Solicita la autorización para la impresión de la tesis para obtener el diploma de especialidad en medicina familiar titulada:

"RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA."

Hacemos constar que este trabajo cientifico ha sido revisado y autorizado por el SIRELCIS cuenta con registro nacional número:

R-2022-2104-070

Autorizamos su impresión en nuestra calidad de asesores:

Dra. Flor de Areli Serrano Campos
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
Ced.Esp. 3812123
IMSS Mat. 98220554

DRA.FLOR DE ARELI SERRANO CAMPOS.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 02 IMSS PUEBLA
98220554

DIANA IVETH MAR VAZQUEZ
ADSCRITA A LA UMF 55 IMSS
MATRICULA :97316045

Dr. Alfredo Menaoza Corona
DIRECTOR UMF No. 55
MAT. 10740368
CED. PROF. 2337466
CED. ESP. 3413642
IMSS

DR. ALFREDO MENDOZA CORONA
DIRECTOR DE LA UMF 55 IMSS PUEBLA

Dr. Jorge Ayón Aguilar
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
IMSS
Ced.Prof 3503280
Mat. 99222553

V.B. DELEGACION IMSS PUEBLA
DR. JORGE AYON AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
MAT 99222553

GOBIERNO DE MÉXICO

2024 Felipe Carrillo PUERTO

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR UMF 55

PUEBLA, PUE., A 05 DE JULIO DE 2024.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

DRA. FLOR DE ARELI SERRANO CAMPOS
DRA. DIANA IVETH MAR VÁZQUEZ

DE LA TESIS TITULADA:

RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: VELAZQUEZ BATANA MAGALI

DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: R- 2022-2104-070

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Dra. Flor de Areli Serrano Campos
MÉDICO FAMILIAR
Mat. 98220554

DRA. FLOR DE ARELI SERRANO CAMPOS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR
NÚMERO 57 IMSS PUEBLA

MAR VÁZQUEZ DIANA IVETH
PSICÓLOGO CLÍNICO
M.A.T. 97316045
CED. PROF. 8164377

DRA. DIANA IVETH MAR VÁZQUEZ
MAESTRA EN TERAPIAS PSICOSOCIALES
DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR
NÚMERO 55 IMSS PUEBLA

Dr. Jesús Texis Ramírez
Mat. 98225212
IMSS UMF
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. JESÚS TEXIS RAMÍREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NÚMERO 55

IMSS
Dr. Jorge Abón Aguilar
COORDINADOR AUXILIAR
MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD
Ced. Prof. 13503282
Mat. 99080444

TESIS REVISADA POR JEFATURA BAS - MVB

INFORME DE ORIGINALIDAD

38%	38%	12%	16%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	8%
2	Submitted to UPAEP: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla Trabajo del estudiante	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
4	ri.uaemex.mx Fuente de Internet	2%
5	www.elsevier.es Fuente de Internet	2%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	2%
7	www.renhyd.org Fuente de Internet	2%
8	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
9	docplayer.es Fuente de Internet	

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios: Por ser mi guía

A mis Padres: Por ser mi fuerza

y Hermanos: Por acompañarme cada día en esta especialidad

Así como a cada una de las personas que contribuyeron en esta experiencia y que suponen los cimientos de mi desarrollo, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio.

A ustedes debo este logro y lo comparto con todo mi cariño

Una meta más de las muchas por venir, en mi vida se ha cumplido.

DEDICATORIA

A mis padres: Por su enseñanza

Hermanos: Por su apoyo

Y a mi abuelito Isaías: Por sus cuidados.

A todos ellos dedico esta tesis por que fomentaron en mí el ímpetu de superación y triunfo en la vida, lo que contribuyó a este logro.

Gracias por su valioso e incondicional apoyo.

ÍNDICE

RESUMEN ii
SUMMARY iii
1. MARCO TEORICO 1
1.1 ANTECEDENTES GENERALES 1
1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS 10
2. JUSTIFICACIÓN 14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 15
4. HIPÓTESIS 16
5. OBJETIVOS 17
5.1 OBJETIVO GENERAL 17
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17
6. MATERIALES Y MÉTODO 18
6.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO 18
6.2 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL 18
6.3 MUESTREO 19
6.3.1 Definición del Universo de Trabajo 19
6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO 19
6.4.1 Criterios de inclusión 19
6.4.2 Criterios de exclusión 20
6.4.3 Criterios de eliminación 20
6.5 TAMAÑO DE MUESTRA 20
6.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES 21
6.7 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN 23
6.8 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN 24
6.9 ESTRATEGIA DE TRABAJO 25
6.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 25
6.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS 26
7. LOGÍSTICA 27
8. BIOÉTICA 28
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 32
10. RESULTADOS 33
11. DISCUSIÓN 38
12. CONCLUSIONES 41
13. PROPUESTAS 42
14. REFERENCIAS 43

RESUMEN

Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.

Autores: Velázquez-Batana M*. Serrano-Campos FA ** Mar-Vázquez DI ***.
*Residente Tercer año de Medicina Familiar. **Médico Especialista en Medicina Familiar de la Unidad Médica Familiar número 57 IMSS Puebla. ***Maestra en Terapias psicosociales.

Antecedentes: La obesidad se define como el aumento de peso corporal a expensas del tejido graso, provocado por un desequilibrio crónico entre la ingesta y el consumo de energía. A nivel mundial se reportan 155 millones de niños en edad escolar con sobrepeso u obesidad. La cual se asocia con alteraciones psicológicas y sociales que perduran hasta la edad adulta, además muchos trastornos de la alimentación conducen a la obesidad infantil, encubren disfunciones familiares o problemas de autoestima y sociabilidad. El 80 % de los niños y adolescentes obesos serán adultos obesos con trastornos psicológicos. En México, la prevalencia de la obesidad actualmente es de 35 % y en aumento.

Objetivo: Analizar la relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de la UMF 55 Puebla.

Material y métodos: De tipo prospectivo, transversal, observacional y descriptivo con una muestra de 110 niños de entre 8 y 12 años de edad, ambos sexos, con y sin obesidad. Se utilizó el instrumento de recolección de datos, para depresión el Inventario de depresión Infantil y gráficas de percentiles mediante IMC para estado nutricional. Se efectuó base de datos en Excel 2016, y el Software estadístico SPSS v25 para su análisis. Aplicando la estadística descriptiva y Prueba X^2 *de independencia, valor de* $p<0.05$ *y un IC del 95%.*

Resultados: Se observó que en 110 participantes el 53% fueron mujeres. Promedio de edad de 9.6 años, una DE 1.24 años, rango de 8 a 12 años. La edad más frecuente de fue de 9 años con 32.7%; en el estado nutricional se observó que el 75% de los niños tuvo un IMC mínimo de 25.2. Encontrando que el 80.9 % son obesos. Y, el 7.2% con peso normal. La depresión se observó en el 76.3% de la muestra. De ellos, el 74.1% fue en participantes con obesidad. Y en el 87.4% de participantes con peso normal. Al realizar la asociación entre obesidad y depresión se encontró un *valor de p mayor a 0.05* por lo cual se rechaza nuestra hipótesis de trabajo.

Conclusiones: Posterior al análisis de los resultados se concluye que no hay relación entre las variables**.**

SUMMARY

Relationship between obesity and depression in children aged 8 to 12 years from the Family Medical Unit 55 IMSS Puebla.

Authors: Velázquez-Batana M*. Serrano-Campos FA**. Mar-Vázquez DI***.

*Third-year Resident of Family Medicine. **Family Medicine Specialist Physician at Family Medical Unit number 57 IMSS Puebla. ***Master in Psychosocial Therapies.

Background: Obesity is defined as the increase in body weight at the expense of fatty tissue, caused by a chronic imbalance between energy intake and consumption. Worldwide, 155 million school-age children are reported to be overweight or obese. Which is associated with psychological and social alterations that last into adulthood. In addition, many eating disorders lead to childhood obesity, cover up family dysfunctions or self-esteem and sociability problems. 80% of obese children and adolescents will be obese adults with psychological disorders. In Mexico, the prevalence of obesity is currently 35% and increasing.

Objective: Analyze the relationship between obesity and depression in children from 8 to 12 years of age at UMF 55 Puebla.

Material and methods: Prospective, cross-sectional, observational and descriptive with a sample of 110 children between 8 and 12 years of age, both sexes, with and without obesity. The data collection instrument was used, for depression the Children's Depression Inventory and percentile graphs using BMI for nutritional status. A database was created in Excel 2016, and SPSS v25 statistical software for analysis. Applying descriptive statistics and X2 test of independence, p value <0.05 and a 95% CI.

Results: It was observed that in 110 participants, 53% were women. Average age 9.6 years, SD 1.24 years, range 8 to 12 years. The most frequent age was 9 years with 32.7%; In nutritional status, it was observed that 75% of the children had a minimum BMI of 25.2. Finding that 80.9% are obese. And, 7.2% with normal weight. Depression was observed in 76.3% of the sample. Of them, 74.1% were in participants with obesity. And in 87.4% of participants with normal weight. When making the association between obesity and depression, a p value greater than 0.05 was found, which is why our working hypothesis is rejected.

Conclusions: After analyzing the results, it is concluded that there is no relationship between the variably.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

Epidemiologia:

La obesidad infantil representa uno de los más importantes problemas de salud pública del siglo XXI (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó un incremento global de niños entre 0 a 5 años que padecen sobrepeso u obesidad, pasando de 32 millones en 1990 a 42 millones en el año 2013; en países en vías de desarrollo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025. Se calcula que el 80% de los niños y adolescentes obesos seguirán presentando esta patología en la edad adulta, lo que resulta preocupante por la presencia de sus comorbilidades desde edades tempranas, entre ellas su asociación con trastornos psicológicos (2).

Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) se estima del 1.8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años. Antes de la pubertad, la prevalencia de depresión no difiere según sexo. Entre adolescentes, sin embargo, la prevalencia es mayor para el sexo femenino, con una razón 2:1. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un

curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre 2 y 4 veces superior de persistencia de la enfermedad en la edad adulta (3).

DEFINICIONES:

OBESIDAD: La OMS define a la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (4).

Dentro de las definiciones que varios autores plantean para describir la obesidad, se encuentra Porti (2006) quien define este problema como una *persona que posee exceso de gordura*, esta interpretación proviene del latín "obesus".

Otra definición más precisa podría ser (de acuerdo a esta misma autora) descrita como una enfermedad que se caracteriza por el incremento de grasa a nivel corporal, aunado a un aumento de peso, es decir un desequilibrio de gasto de energía a través de la actividad física y la ingesta. A su vez es sumamente importante distinguir entre obesidad y sobrepeso ya que para Porti (2006) son conceptos diferentes. Explica que la obesidad es comprendida por el exceso de grasa corporal y no del todo exceso de peso. Por lo tanto, cuando se habla de "peso", se hace referencia a la suma de peso de estructuras corporales como esqueleto, músculos, vísceras y tejido adiposo en el individuo. Por lo tanto, el peso de una persona está relacionado a la obesidad y en los niños de talla más alta para su edad o más corpulentos (con mayor masa muscular) que se encuentran en sobrepeso según el parámetro esperado para la edad, bajo ningún concepto pueden ser catalogados como obesos.

En la obesidad el organismo, presenta una elevación de calorías, que no son agotadas (a través del ejercicio físico), y por lo tanto terminan como grasa en el organismo.

Percentiles de obesidad en niñas y niños en México: los percentiles, también llamados “centiles”, son medidas que indican la posición de peso de un niño, va de 0 a 100, efectuando la comparación con otros niños. Por ejemplo, cuando un niño está en el percentil 25 significa que, de cada 100 niños, 75 pesan más que ese niño (por tanto 24 pesarían menos). El percentil 50 es valor que está justo en el medio, o sea, la mitad son mayores y la otra mitad menores. Los percentiles 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97 en las gráficas están marcados por líneas ya dibujadas.

Estas líneas corresponden a valores normales. Dentro de ellas, se encuentran niños más altos (percentiles altos) o más bajos (percentiles bajos); niños más gorditos (percentiles altos) o más delgados (percentiles bajos). Los niños extremadamente altos/obesos, están por encima del percentil 95 y los niños extremadamente bajos/delgados, están por debajo del percentil 5. Los CDC y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan el uso del IMC para detectar el sobrepeso y la obesidad en los niños desde los 2 años de edad. La fórmula para calcular el IMC en niños es = peso/talla ^{2}. Además, de las tablas necesarias para el cálculo de peso en menores de 20 años son las siguientes por edad (5).

Niños y adolescentes de 2-20 años	Preescolares de 2-5 años
• Estatura para la edad y Peso para la edad • IMC para la edad	Peso por estatura

Tablas de percentil en niños y niñas de 0 a 20 años. Anexos 7 y 8.

De acuerdo a la OMS y CDC en niños y adolescentes el peso se calcula a través del resultado del IMC y teniendo en cuenta la edad y el sexo, se calcula percentil en gráficas y así poder clasificar en peso normal, sobrepeso, obesidad. Anexo 9.

INFANCIA: El período escolar es la última etapa de la infancia y la que da paso a la adolescencia y abarca de los 6 a los 12 años, Según Piaget, la Etapa de Operaciones Concretas es en esta edad. Entre los 7 y 12 años de edad está desarrollado caracterizándose por el uso activo y adecuado de la lógica concentrándose en el aquí y el ahora (6).

La infancia media y tardía abarca las edades comprendidas entre la primera infancia y la adolescencia, aproximadamente entre los 6 y los 11 años.

DEPRESION: Según el (DSM-5) en su quinta actualización interpreta a la depresión como una sensación de abatimiento del estado de ánimo normal, percepción de infelicidad, desaliento, melancolía y tristeza (7).

RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y DEPRESIÓN:

La psicología es solo una de las distintas disciplinas que podrían explicar las relaciones entre la depresión y la obesidad infantil.

De acuerdo con las conclusiones de un estudio llevado a cabo por investigadores del Instituto de Psiquiatría del King's College londinense y publicado en la última edición de la revista BioMed Central Medicine (2009; 7:46), los niños que tienen dificultades emocionales presentan un mayor riesgo de volverse obesos en la vida adulta. En consecuencia, como apuntan los autores, "con independencia del sexo, los problemas emocionales de la infancia podrían ser otro factor que conduzca al exceso de peso". En palabras del Dr. Andrew Temouth (2009) coautor del estudio, *"aunque no podemos decir que los problemas emocionales de la infancia causan obesidad posteriormente en la vida, ciertamente podemos señalar que tienen algo que ver, junto con factores como el IMC de los padres, la dieta y el ejercicio".*

De esta forma es importante estudiar dichas variables y su posible relación.

Villaseñor y Cols., refieren textualmente en cuanto a salud mental y obesidad que;

"La obesidad es una patología de etiología multifactorial (genética, neuroquímica, metabólica, celular, hormonal, psicológica, social y cultural). Por lo anterior se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere tanto la etiología como el mantenimiento de la obesidad, las variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos, etc.)" (8).

"Los niños viven sus vidas a través de las infancias construidas para ellos por las personas adultas de acuerdo a la interpretación que tienen de la infancia y de lo que son y deberían ser los niños" (9).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESIÓN

Para clasificar la depresión se han utilizado principalmente los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10), los de la Asociación Americana de Psiquiatría (AAAP) y del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) (10), (11).

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos del (F30-F39).

La categoría (F32) incluye el episodio depresivo	
F32.0 Episodio depresivo leve.	F32.1 Episodio depresivo moderado.
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F32.8 Otros episodios depresivos	F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

(F33) incluye al trastorno depresivo recurrente.

La duración del episodio depresivo es de al menos dos semanas estando presentes mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: Ánimo depresivo, perdida de interés o de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad.

El episodio depresivo en niños y adolescentes de acuerdo a los criterios de gravedad según la CIE-10. Anexo 10.

La Depresión (DSM 5) se caracteriza por:

A- síntomas presentes durante dos semanas o al menos uno de los síntomas como: **1-** estado de ánimo deprimido **2-** pérdida de interés o de placer.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Depresión Infantil

Cardoze, considera que la semiología de la Depresión Infantil es variada, destacando 10 conductas como síntomas más importantes de la depresión (12).

1. Humor disfórico	2. Auto desesperación	3. Comportamiento agresivo (agitación)
4. Trastorno del sueño	5. Modificación en el rendimiento escolar	6. Retraimiento social
7. Modificación de la actitud hacia la escuela	8. Quejas somáticas	9. Pérdida de la energía habitual
10. Modificación habitual del apetito y/o del peso.		

En niños pequeños, la depresión toma una base psicosomática y puede desarrollarse en tres fases de conducta.

Fase de protesta: que corresponde a una ansiedad de separación.
Fase de desespero: el niño rehúsa comer, no se deja vestir, se queda callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno, con expresiones de pena y duelo.
Fase de desvinculación: se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma, las conductas más comunes son el llanto y los gritos.

Para efectos de este estudio se utilizó el instrumento de Depresión Infantil (CDI, por sus siglas en inglés: Children´s Depression Inventory) Kovacs 1992, adaptado al español y tiene un índice de confiabilidad de .86, y un índice de validez de .95. Es un cuestionario dirigido a niños y adolescentes de 8 años, de 9 a 10 años y de 11 a 15 años de edad. Evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad,

etc.), clasificando así la depresión. Consta de 27 ítems, con tres probables respuestas. La puntuación total puede sumar entre 0 y 54 puntos. De acuerdo al puntaje la depresión en niños se clasifica en: < 6 puntos niños normales, de 7 a 13 puntos con depresión leve, de 14-19 puntos con depresión moderada y > 20 puntos con depresión severa (13).

Fundamento de la relación entre depresión y obesidad

En lo que respecta la presente investigación nos enfocaremos en la obesidad infantil y su relación con la depresión.

"El depresivo piensa en negativo y parece condicionado a recordar todas sus experiencias de abandonos, pérdidas y falta de afectos, se siente víctima de las circunstancias, de su historia, de sus padres, de sus limitaciones, de su falta de oportunidades…" Pastor & Trinidad (2009).

De acuerdo con la perspectiva psicoanalítica de Melanie Klein, citada en Trinidad, 2009) desde el nacimiento de la etapa del desarrollo oral se generan el amor y la necesidad que provocan el deseo de devorar, y es en esta etapa cuando se logra la capacidad de establecer vínculos tanto con las cosas como con las personas (14).

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

González-Toche y Cols., en su artículo realizado del 2016, en México. De diseño prospectivo, transversal y observacional, con una muestra de 165 niños, ambos sexos, con y sin obesidad a quienes se les aplicó el instrumento CDI. Los resultados obtenidos fueron que la obesidad materna se asoció con la obesidad infantil; los problemas sociales y una autoestima baja y confieren riesgo de depresión infantil. Concluyendo que, en la población infantil, la obesidad se asocia con el desarrollo de depresión y que el CDI es un instrumento útil para identificarla (15).

García-Falconi y Cols., realizaron un estudio en 2016 en Tabasco, México. sobre Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad en Niños con Sobrepeso y Obesidad, con una muestra de 332 niños de primaria que presentaban niveles de sobrepeso y obesidad mediante IMC y se estudiando los efectos de la ansiedad y depresión sobre sus hábitos alimentarios y nivel de actividad. Utilizando la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), para valorar la ansiedad. Junto con la Escala de Depresión para Niños (CDS) para valorar la depresión. Además, el Cuestionario de hábitos alimentarios. Y, por último, se aplicó un cuestionario de las actividades dentro y fuera de casa realizadas por el niño durante las 24 hrs. Se encontraron resultados significativos de los niveles de ansiedad y depresión relacionados al consumo de grasas, donde a mayor consumo de grasas, mayor nivel de depresión. Estos resultados apoyan los estudios que señalan que los aspectos psicológicos influyen en el patrón de consumo y hábitos alimentarios de las personas con problemas de sobrepeso y obesidad.Encontrando que, en niños

con sobrepeso y obesidad, el comer les proporciona confort y distracción en emociones negativas, cuyo resultado es una ganancia de peso (16).

Tárraga López y Cols., en 2016 en España, realizaron un estudio sobre los resultados de una intervención motivacional en familias con niños con sobrepeso y obesidad. Fue un estudio piloto, con una muestra de 11 niños (10 niñas y 1 niño) de 6 y 12 años. Los padres otorgaron información sobre los antecedentes de salud y los acontecimientos estresantes del niño. Fue un estudio de intervención no experimental, evaluando el antes y después de su participación en el programa Familias en Movimiento. Con el objetivo de modificar estilos de vida, hábitos alimentarios y condicionantes psicológicos del niño y su entorno familiar que contribuyeran al desarrollo de obesidad. Con duración de 11 semanas con una sesión semanal de 90 min., donde se promovieron cambios higiénico dietéticos y ejercicio. Mediante material didáctico para los niños, la familia y el educador y posterior a la intervención se reevaluó. La ansiedad fue medida por la escala de ansiedad CMAS-R. Es un cuestionario auto aplicable diseñado para medir el nivel de la ansiedad en los menores de entre los 6 y 19 años de edad. Observaron que el tiempo resulta insuficiente para que se produzcan cambios significativos y duraderos en ciertos rasgos psicológicos, sin embargo, los resultados de este estudio piloto aplicando el programa Familias en Movimiento fueron favorables en la disminución del IMC, aumento en la adherencia a la dieta mediterránea y disminuyeron los rasgos de ansiedad y depresión en los niños (17).

De acuerdo al estudio Pompa Guajardo y Cols., en México, en el 2010 en donde se realizó una evaluación entre la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad al inicio y final de las actividades en un campo de verano, en México. La muestra estuvo conformada por 14 niños (6 niñas y 8 niños). Se les aplicó el Cuestionario de Depresión para Niños, la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y el Cuestionario de Personalidad CPQ. Con un índice de confiabilidad de .91, en la versión española. Los resultados observados marcan la importancia de incluir la actividad física en la intervención, así como una mayor atención a los síntomas de ansiedad y depresión en obesidad infantil. Sin embargo, los resultados no fueron concluyentes por haber diferencias significativas entre ambos cuestionarios y sugieren que para combatir la obesidad infantil se debe incluir a los padres (18).

López Morales y Cols., en México en 2011, efectuaron un estudio de corte transversal y analítico, con una muestra de 101 escolares de 6 a 12 años. Con el objetivo de estudiar la depresión y el estado de nutrición en escolares. Aplicando el test de Kovacs para síntomas depresivos; el estado nutricional se determinó mediante el cálculo de IMC en conjunto con los percentiles de las gráficas CDC. Donde de 29 pacientes con depresión; 19 presentaron obesidad y 10 peso normal; los pacientes con bajo peso no presentaron depresión. Respecto a la depresión, 28.7 % de los escolares presentaron síntomas asociados a algún grado de ésta, de los cuales 18.9 % son obesos o con sobrepeso, lo que es mayor a lo reportado por el Instituto Nacional de Salud Mental que es del 15 %. Concluyendo que los escolares portadores de obesidad tienen más riesgo de depresión (19).

Rofey et al. en 2009 realizaron un estudio para identificar la relación entre el peso y la depresión y la ansiedad infantil, ya que los cambios de humor en la adultez están relacionados con el sobrepeso. De corte longitudinal a tres años. Con el objetivo de investigar la relación entre la psicopatología infantil y el peso. Se compararon los percentiles del (IMC) y los datos demográficos de niños (de 8 a 18 años) con depresión 143 niños y con ansiedad 43 niños y con controles sanos 99 niños. Tanto la depresión infantil como la ansiedad se asociaron con percentiles de IMC aumentados. En comparación con los controles, los percentiles de IMC de las mujeres deprimidas diferían profundamente y los percentiles de IMC de las mujeres ansiosas se acercaron a la significación, Los varones con ansiedad mostraron mayor tendencia al sobrepeso en comparación con los controles. la depresión y la ansiedad están asociadas con percentiles de IMC aumentados en una muestra no obesa que sugiere que la psicopatología infantil es un factor importante que debe controlarse cuidadosamente (20).

2. JUSTIFICACIÓN

La obesidad infantil es un problema de salud pública a nivel mundial y principalmente en nuestro país, al ser el número uno en dicha enfermedad, la cual tiene como consecuencia el desarrollo de enfermedades cardiovasculares a corta edad. Debemos identificar los principales factores involucrados en el incremento de la prevalencia de estos casos para realizar acciones específicas en pacientes identificados con problemas de obesidad.

La depresión infantil se considera una de las entidades más difíciles de diagnosticar, sin embargo, es importante que ante un niño con un IMC superior al deseable, se haga un abordaje integral para asegurar que, una vez establecido el diagnóstico de obesidad, pueda iniciarse un tratamiento médico/psicológico que le ayude a prevenir el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas y de carácter mental como la depresión.

Es prioritario el desarrollo de estudios como éste, donde se detecte en forma temprana el proceso de depresión en niños y adolescentes con obesidad, por ser un grupo de riesgo ya que a esa edad aun no expresan de forma adecuada los sentimientos de tristeza, y así poder realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, para evitar complicaciones a futuro tanto de salud física y mental.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio es muy importante, dado que en México la prevalencia e incidencia de obesidad y depresión en la infancia son elevadas, al ser patologías de difícil diagnóstico ya que específicamente este grupo de edad no busca ayuda por sí mismo, por lo que existe una alta probabilidad de que un grupo amplio de niños con obesidad estén cursando con un evento de tipo depresivo sin que este sea diagnosticado oportunamente. Por lo que es necesario determinar si existe alguna relación directa entre obesidad y depresión para así poder realizar una detección oportuna y llevar a cabo la atención temprana, integral y de calidad a nuestros pacientes.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la depresión y la obesidad en niños de 8 a 12 años de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla?

4. HIPÓTESIS

Ho

No existe relación entre obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.

Ha

Existe relación entre obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre la depresión y la obesidad en niños de entre 8 y 12 años de la Unidad Médico Familiar 55. IMSS Puebla.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los aspectos sociodemográficos de los participantes (edad, sexo, escolaridad).
- Identificar la depresión en niños de 8 a 12 años de la UMF 55
- Definir la depresión en: Sin depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa en la población estudiada
- Evaluar el IMC de los participantes
- Clasificar el estado nutricional de los participantes de acuerdo a percentiles (percentil 5 a 85 es peso normal, percentil 85 a 95 es sobrepeso y un percentil ≥ a 95 es obesidad).

6. MATERIALES Y MÉTODO

6.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

- Por su objetivo: analítico.
- Por su temporalidad: transversal.
- Por la recolección de datos: prospectivo
- Por su asignación de maniobra: escrutinio
- Por la conformación de grupos: homodémico
- Por la conformación (lugar de realización): Unicéntrico.

6.2 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

El presente estudio se efectuó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 55, del IMSS, ubicado en la calle Av. de las Torres 55, Infonavit Amalucan, 72310, Puebla Pue., posterior a su aprobación por parte del Comité de Investigación y Ética en Salud.

Durante 3 meses, se citaron a los pacientes de entre 8 y 12 años de edad de la UMF 55 IMSS Amalucan Puebla, que cumplieron con los criterios de obesidad infantil para la aplicación del instrumento de medición de acuerdo al cuestionario de depresión para niños el Inventario de depresión Infantil (CDI), posteriormente se procedió al análisis de los datos obtenidos de dicho instrumento y así analizar la asociación entre obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años.

6.3 MUESTREO

Probabilístico a conveniencia.

6.3.1 Definición del Universo de Trabajo

Población fuente: Escolares derechohabientes del IMSS, de 8 a 12 años, adscritos a la Unidad Médico Familiar 55 del IMSS en Puebla, que acudieron a valoración durante el periodo del 03 noviembre de 2022 al 27 de febrero de 2024.

Población estudio: Escolares derechohabientes del IMSS, de 8 a 12 años, adscritos a la Unidad Médico Familiar 55 del IMSS en Puebla, que acudieron a valoración durante el periodo del 03 noviembre de 2022 al 27 de febrero de 2024. Que cumplieron con los criterios de selección y acudieron a la aplicación programada del instrumento de medición de acuerdo al cuestionario de depresión para niños, Inventario de depresión Infantil (CDI).

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

6.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes pediátricos entre 8 a 12 años
- Con y sin obesidad
- Ambos sexos
- Que sean derechohabientes del IMSS
- Adscritos a la UMF 55 del IMSS
- Aceptaron entrar al estudio y firmaron el Consentimiento informado los padres y asentimiento del paciente pediátrico

6.4.2 Criterios de exclusión

- Que padecieran alguna discapacidad cognitiva
- Que padecieran algún trastorno psiquiátrico
- Que no supieran leer y escribir

6.4.3 Criterios de eliminación

- Pacientes que una vez iniciado el cuestionario no desearon seguir participando
- Pacientes con cuestionaros incompletos

6.5 TAMAÑO DE MUESTRA

Estrategia de muestreo:

Este proyecto de investigación tomó el tamaño de muestra, de acuerdo al censo 2021 de la UMF 55, en el cual se reportó 203 pacientes pediátricos obesos, en el cual se realizó un cálculo de tamaño de muestra de 110 pacientes pediátricos de entre 8 y 12 años de edad con obesidad infantil, por lo cual se utiliza la fórmula para cálculo de tamaño de muestra para una proporción en población finita, con un nivel de confianza de 95%,0.19 prevalencia de obesidad, precisión del 5 %, con una proporción esperada del 19 %, complemento del 80%, con un tamaño de la muestra de 110 pacientes pediátricos obesos.

De acuerdo al artículo Depresión y Estado de Nutrición en Escolares de Sonora. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social nos da un tamaño de muestra de 109.28 pacientes para fines del estudio tomaremos 110 participantes (19).

Cálculo de tamaño de muestra para una proporción, población finita

$$n = \frac{N \cdot Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q}$$

Tamaño de la población	N	203	
Nivel de confianza	$1-\alpha$	0.95	
Valor crítico Z	$Z_{1-\alpha/2}$	1.96	
Proporción	p	0.19	
Complemento de la proporción	$q = 1 - p$	0.81	
Precisión	d	0.05	
Tamaño de la muestra	n	**109.28**	**110**

6.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

6.6.1 Definición conceptual

- **SEXO:** Características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a como hombre y mujer.
- **EDAD:** Tiempo que un ser vivo ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
- **ESCOLARIDAD:** Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.
- **IMC:** El Índice de Masa Corporal (IMC), es un método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona, y determinar por tanto si el peso está dentro del rango normal o no.

- **OBESIDAD:** Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Según la OMS. Y se determina mediante el IMC y tablas de percentiles.
- **DEPRESIÓN:** trastorno mental frecuente, caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

6.6.2 Definición operacional

- **SEXO:** Condición hombre / mujer.
- **EDAD:** La expresaremos en años cumplidos, señalado en el expediente electrónico.
- **ESCOLARIDAD:** A partir de 3er. a 6º año.
- **IMC:** El índice de masa corporal (IMC) se calcula con base en el peso y la estatura en metros cuadrados de una persona. Y, se expresa como IMC= peso/talla^2.
- **OBESIDAD:** En niños y adolescentes, se calcula mediante el IMC utilizando además las tablas de percentiles y se expresa: Del percentil 5 a 85 es peso normal; del percentil 85 a 95 hay sobrepeso y el percentil mayor o igual a 95 es obesidad.
- **DEPRESIÓN:** Estado de tristeza que crea desinterés en actividades laborales, sociales, personales y familiares además de un sentido de desesperanza justificado o injustificado en una persona debido a un contexto social donde esta se desenvuelve. Se clasifica en leve, moderada o grave (La clasificación de la depresión será de acuerdo a los puntajes obtenidos mediante el Inventario de depresión Infantil (CDI).

6.7 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
SEXO	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1= Femenino 2= Masculino
EDAD	Cuantitativa	Discreta	8-9-10-11-12 años
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Ordinal	1= Tercer año 2= Cuarto año 3= Quinto año 4= Sexto año
IMC	Cuantitativa	Continua	1= <18.4 2= 18.5 a 24.9 3= 25 a 29.9 4= 30 a 34.9 5= 35 a 39.9 6= ≥40
OBESIDAD	Cualitativa	Ordinal	1= Normal con percentil 5 a 85. 2= Sobrepeso con percentil 85 y 95. 3= Obesidad con percentil ≥ 95.
DEPRESIÓN	Cualitativa	Ordinal	1= Leve 2= Moderada 3=Severa

6.8 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Inventario de Depresión Infantil.

Aplicable a niños y niñas de 7 a 15 años. Cuestionario de 27 ítems con respuestas fáciles, puntaje oscila entre 0 y 54 años. Y de acuerdo a un puntaje se clasifica la depresión en niños: Niños normales: de 0-6 puntos. Niños con depresión leve: de 7 a 13 puntos. Niños con depresión moderada: de 14 a 19 puntos. Niños con depresión severa: más de 20 puntos.

Obesidad

La OMS define a la obesidad como el acumulo excesivo de grasa y el cual es perjudicial para la salud, La obesidad se calcula mediante el IMC, el cual se obtiene de la formula peso sobre talla al cuadrado.

Para el caso de niños y adolescentes, se combina con las gráficas de percentiles. De tal forma que el IMC en el percentil del 5 al 85 es peso normal; del percentil 85 al 95 es sobrepeso y un percentil mayor o igual a 95 es obesidad.

Los CDC y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan el uso del IMC para detectar el sobrepeso y la obesidad en los niños desde los 2 años de edad. La fórmula para calcular el IMC en niños es = peso/Talla ^{2}. Y las tablas necesarias para el cálculo de peso en menores de 20 años son las siguientes por edad.

Margen de percentil de IMC	Categoría
Por debajo del percentil 5	Bajo peso
Percentil del 5 al 85	Peso Normal
Percentil del 85 a 95	Sobrepeso
Percentil por arriba del 95	Obesidad

6.9 ESTRATEGIA DE TRABAJO

1. Las variables de investigación son de acuerdo al CDI, Kovacs 1992.
2. Este estudio se realizó en escolares de 8 a 12 años de edad con y sin obesidad, con un tamaño de muestra de 110 participantes, previa aceptación y firma de consentimiento informado, se realizó estadística descriptiva e inferencial. Se elaboraron tablas de los resultados del cuestionario CDI: Niños normales: < 6 puntos. Niños con depresión leve: 7 a 13 puntos. Niños con depresión moderada: 14 a 19 puntos. Niños con depresión severa: >20 puntos
3. Por último, se analizaron los resultados obtenidos de la población estudiada, para las variables demográficas se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión, frecuencias y porcentajes. Para muestras independientes se utilizó X^2 de Pearson para establecer asociación y posteriormente las conclusiones.

6.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. El protocolo de Investigación posterior a ser aprobado por los asesores metodológicos y autorización del director de la UMF 55 Puebla, se registró en la plataforma institucional SIRELCIS y, después de la aprobación del protocolo por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud se solicitó a las autoridades correspondientes el permiso para iniciar dicho estudio.

2. Se contacto y solicitó autorización a los padres de familia de los 110 participants para la aplicación de dicho Inventario de depresión Infantil (CDI) y así recolectar los datos de toda la muestra de la población infantil.
3. El investigador explicó a los padres detalladamente en que consiste el estudio, el cuestionario y dio el formato escrito para su asentimiento y consentimiento informado tanto al participante como a su tutor (a). Los que aceptaron participar firmaron dicho documento.
4. Para la aplicación del instrumento de medición de la (CDI) y se les citó a participantes y tutores en las instalaciones de UMF 55 IMSS Amalucan Puebla.
5. Al tener la base de datos completa, se analizaron los resultados obtenidos de la población estudiada, para las variables demográficas se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión, frecuencias y porcentajes. Para establecer asociación se utilizó la prueba *estadística* X^2 *para muestras independientes.* Al finalizar, se difundieron los resultados y conclusiones. Ver anexo 1 (hoja de recolección de datos).

6.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Toda la información concentrada en la hoja de recolección de datos (Anexo 1) y en el cuestionario CDI (Anexo 5) fue agregada a una base de datos digital que fue procesada con el Software estadístico SPSS versión 25.

Para las variables demográficas se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión, frecuencias y porcentajes. La prueba estadística utilizada fue X^2 *para muestras independientes*.

7. LOGÍSTICA

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS FINANCIEROS
Investigadora: Dra. Magali Velázquez Batana. Médico Residente de Medicina Familiar **Asesor experto:** Dr. Javier Sotomayor Tapia. Médico Familiar **Asesor metodológico:** Psic. Diana Iveth Mar Vázquez Mtra. en Terapias Psicosociales Dra. Flor De Areli Serrano Campos Médico Familiar.	• Computadora personal. • Artículos diversos de papelería. • Instrumentos de medición. • Encuestas y test de estudio	Propios de la investigadora Tesista.

Factibilidad

Este estudio se consideró factible ya que para su realización se contó con los recursos humanos, materiales y financieros. Además de aportar información importante sobre la relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.

8. BIOÉTICA

En este estudio observaron los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea Somerset West, República de la Ciudad África, Octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008. Lo cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

También se apegó a las normas éticas propuestas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I,

artículo 13°. “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”; se consideró también el artículo 16; en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. se entiende como riesgo mínimo de la investigación a todo aquel estudio donde la probabilidad de daño durante la investigación no causa maleficencia en el paciente y no pone en riesgo la vida del mismo como lo es la realización de interrogatorios, observar y medir a los participantes en un área o materia que no sea polémica, siempre que los procedimientos se lleven a cabo de una manera sensible y que se haya dado el consentimiento**.**

Son aquellas investigaciones en donde el riesgo es similar o equivalente a los riesgos de la práctica médica de rutina. Los riesgos pueden estar relacionados con el registro de datos y mantenimiento de la confidencialidad, con la exposición de los participantes a mediciones o procedimientos, aunque sean de práctica habitual.

Se consideró esta investigación como de **Riesgo Mínimo**, (Ya que en el estudio se empleó el Inventario de depresión Infantil) (CDI), a pacientes pediátricos de 8 a 12 años de edad.

De acuerdo con lo establecido en su artículo 17° (que define como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio), se incluyó la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22, al realizarse en menores de edad, éste se entregó a quien ejerza patria potestad o la representación legal del menor, tal y como se refiere en su artículo 36°.

Finalmente, en esta investigación todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les detallaron las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el Comité Local de Investigación, y que su decisión de participar es libre y voluntaria, señalando que podrían retirarse del estudio en el momento que lo desearan, pudiendo informar o no las razones de su decisión, lo cual fue respetado en su totalidad, en caso de aceptar participar se les realizó una entrevista sobre ellos y sus familias manejando sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permite la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de las familias y que en el transcurso del estudio podrían solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliendo así, con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y Códigos y Normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

CÓDIGO DE NÜREMBERG: El estudio debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio y no debe ser de naturaleza aleatoria.

INFORME DE BELMONT: Es importante distinguir entre investigación biomédica y del comportamiento y la práctica de una terapia aceptada; para saber qué actividades deben sufrir revisión para protección de los sujetos humanos en investigación. La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas y también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

Finalmente, en este estudio de investigación todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les informó detalladamente las características del estudio informándoles que ya fue registrado y aprobado ante el CLIS y que su decisión de participar es libre y voluntaria, señalando que pudieron retirarse del estudio en el momento que lo desearan, informando o no las razones de su decisión, la cual fue respetada en su totalidad; en caso de aceptar participar en este estudio, se manejaron sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitió la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de ellos mismos y de otros pacientes y que, en el transcurso del estudio, pueden solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliendo así con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y Códigos y Normas Nacionales e Internacionales vigentes para las buenas prácticas de la investigación clínica.

Al término de la investigación todo paciente pediátrico que participó en el estudio y que cumplió con los criterios diagnósticos de depresión fueron referidos al área correspondiente para su valoración y control en IMSS, beneficiando a la población derechohabiente de nuestro Instituto y fomentando el bienestar mental de nuestros adultos del futuro.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Gráfica de Gantt.

ACTIVIDADES	Bimestre 1	Bimestre 2	Bimestre 3	Bimestre 4	Bimestre 5	Bimestre 6	Bimestre 7
Elaboración de protocolo	X	X					
Registro en SIRELCIS		X					
Recolección de la muestra			X	X	X		
Análisis de los datos					X	X	
Elaboración de tesis						X	X

10. RESULTADOS

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación y Ética, se realizó este Proyecto de Investigación que pretendió determinar la relación entre la depresión y la obesidad en niños de entre 8 y 12 años de edad de la UMF 55 IMSS. El cual se efectuó en el periodo de tres de noviembre del 2022 al 27 de febrero del 2024. Integrándose una muestra de 110 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos. El grupo de estudio se integró por 52 hombres (47%) y 58 mujeres (53%).

La mediana de edad de los participantes fue de 9 años, la edad mínima fue de 8 y la máxima de 12 años. El grupo de edad mayormente encuestado fue el de 9 años con 36 (32.7%) participantes. Encontrando que el 25% de ellos tenía máximo 9 años y el 75% de los mismos mínimo 10 años, con un Rango Intercuartílico (RIC) de 1. Tabla 1.

Tabla 1. Resultados estadísticos de los participantes

Variable	n	Mediana	Edad		Cuartiles			RIC
			Mínima	Máxima	25	50	75	
Edad (años)	110	9	8	12	9	9	10	1

Fuente: **Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.**

Respecto al sexo de los participantes, en esta muestra se encontró el 47.3% (52) fueron hombres y mujeres con el 52.7% (58). Tabla 2.

Tabla 2. Sexo de los participantes.

Sexo	n	%
Femenino	58	53
Masculino	52	47
Total	110	100

Fuente: **Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.**
Simbología: **%= porcentaje**

En cuanto a la escolaridad de los participantes se encontró que la mitad de la muestra cursaba el cuarto año de primaria, seguido del 6.4% en el sexto año. Tabla 3.

Tabla 3. Escolaridad de los participantes

Grado escolar	n	%
Tercer	25	22.7
Cuarto	57	51.8
Quinto	21	19.1
Sexto	7	6.4
Total	110	100

Fuente: **Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.**
Simbología: **%= porcentaje**

En cuanto al estado nutricional, se encontró de acuerdo al IMC mínimo de los participantes fue de 17.2 y el máximo de 31.9, con una DE 2.85, donde el 25% de la muestra tuvo un IMC máximo de 21.9 y el 75% de la misma presentó un IMC mínimo de 25.2. Aplicando las gráficas de percentiles se observó que el 80.9% (89) de los participantes son obesos y el 7.3% (8) participantes con peso normal. Tabla 4 y Tabla 5.

Tabla 4. IMC de los participantes.

Variable	n	Media	DE	IMC		Percentiles		
				Mínimo	Máximo	25	50	75
IMC	110	23.7	2.85	17.2	31.9	21.9	23.5	25.2

Fuente: **Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.**
Simbología: **n= tamaño de muestra.**

Tabla 5. Estado nutricional de los participantes

Estado nutricional	**n**	**%**
Peso normal	8	7.3
Sobrepeso	13	11.8
Obesidad	89	80.9
Total	110	100

Fuente: **Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.**
Simbología: **%= porcentaje**

En relación al grado de depresión se observó que el 76.4% (84) de los participantes, padece algún grado de depresión, el grado que predomina es el de depresión leve con el 37.3% (41) participantes. Sin embargo, el 23.6 % (26) de los participantes, no presentan depresión. Tabla 6.

Tabla 6. Grado de depresión de los participantes.

Grado de depresión	n	%
Sin depresión	26	24
Depresión leve	41	37
Depresión moderada	20	18
Depresión severa	23	21
Total	110	100

Fuente: **Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.**
Simbología: **%= porcentaje**

En relación al objetivo principal del estudio, se observó que la depresión está presente en el 76.3% (84) participantes, la obesidad en el 80.9% (89) participantes, de los cuales el 74.1% (66) de los participantes cursaron con depresión. Los participantes con peso normal fueron el 7.2% (8) y con algún grado de depresión el 87.4% (7) niños. Se realizó prueba estadística X^2 *de Pearson con valor de 4.220 y un valor de p de 0.64 (>0.05),* por lo cual aceptamos la hipótesis nula. Por lo que no existe una relación entre el peso de los pacientes y la presencia de depresión. Tabla 7.

Tabla 7. Relación entre el estado nutricional y el grado de depresión.

Variables		**Depresión**				
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Total
Estado nutricional	Peso normal	1	3	2	2	8
		3.8%	7.3%	10%	8.7%	7.3%
	Sobrepeso	2	3	4	4	13
		7.7%	7.3%	20%	17.4%	11.8%
	Obesidad	**23**	**35**	**14**	**17**	**89**
		88.5%	**85.4%**	**70%**	**73.9%**	**80.9%**
Total		26	41	20	23	110
		100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: **Relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años de edad de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.**
Simbología: ***= *Prueba X^2 de Pearson. Con valor de p < 0.05 y un IC del 95%.*
X2= 4.220; p>0.05(0.64).

11. DISCUSIÓN

González Toche y Cols. (2016), en México. Realizaron un estudio “Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán”. De diseño prospectivo, transversal y observacional. Con el objetivo de identificar la relación entre la obesidad infantil y la depresión en escolares de 8-12 años. Con una muestra de 165 niños. Los resultados obtenidos fueron: El 55% de sexo femenino, el 47% fueron obesos, el 21% con algún grado de depresión de los cuales el 65% fueron obesos y el 70% mujeres. Concluyendo que la obesidad infantil se asocia como un factor de riesgo para depresión y las niñas son las que mayor riesgo presentan. Los cuales son similares a este estudio como en el sexo con 53%, difieren de este, en el caso de pacientes obesos donde se encontró el 81% y el 76% con algún grado de depresión, además los resultados no fueron significativos por lo que no se encontró relación entre las variables.

García-Falconi y Cols. (2016) en México. Realizaron un artículo “Ansiedad, Depresión, hábitos alimentarios y actividad en niños con sobrepeso y obesidad”, con una muestra de 332 niños de acuerdo al IMC y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), para valorar la ansiedad y el Cuestionario de hábito alimentario. Los resultados obtenidos fueron que la ingesta de frutas y verduras si se encuentran asociados con los niveles bajos de ansiedad. Y los niveles altos de depresión se asocian con la ingesta de grasas. En este estudio los resultados fueron contradictorios ya que los niveles de depresión no se asociaron con la obesidad.

Tárraga López y Cols. (2016) en España. Efectuaron un estudio “Resultados de una intervención motivacional con niños obesos o con sobrepeso y sus familias: Estudio Piloto”. De tipo longitudinal, observacional, no experimental, con evaluación antes y después. Su objetivo fue valorar los cambios antropométricos, dietéticos y psicológicos, tras la realización del programa Familias en Movimiento tanto en los niños como en sus padres. Con una muestra de 11 niños de 6 a 12 años. La ansiedad fue medida por la escala CMAS-R. Los resultados obtenidos fueron 91% mujeres, disminución mínima en la media de IMC aun cuando no hubo significancia. El 75% de los participantes disminuyó síntomas de ansiedad. Los resultados de este proyecto de investigación difieren en la media de edad de 9.6 años, con el 53% de mujeres. En el IMC el 75% presentó un máximo de 25.2, con el 80.9% de obesidad. La depresión se presentó en el 76% de los participantes y no hubo relación entre ellas.

López Morales y Cols**.** (2011), en México, publicaron “Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora”. Fue de tipo transversal, observacional y analítico. Cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la depresión y el estado de nutrición en escolares adscritos a una unidad de medicina familiar en Sonora. Con una muestra de 101 escolares de 6 a 12 años. Aplicando el test de Kovacs para depresión y el estado nutricional mediante IMC y tablas d percentiles de la CDC. Los resultados obtenidos fueron 60% sexo femenino, media de edad de 9.8 años, la media de IMC fue de 20.1, y un 23.8% de pacientes con obesidad. Depresión 29.3% predominando la depresión leve. De ellos, el 65% presentó obesidad. Concluyendo que la depresión en escolares con obesidad es un riesgo para

depresión. Los resultados de este proyecto de investigación presentan similitudes en el sexo con el 58% femenino, media de IMC de 23.7. Difieren en el 80.9% de obesidad y 76.4% de depresión. En este estudio no se encontró asociación entre las variables.

Rofey y Cols. (2009), en Estados Unidos publicaron “Un estudio longitudinal sobre la depresión y la ansiedad infantiles en relación con el aumento de peso”. De diseño longitudinal, observacional, analítico, con una muestra de 285 niños de 8-18 años. Encontrando con depresión a 143 niños, 43 con ansiedad y 99 niños sanos. Una media de edad de 11.7 años, 51% varones, se observó mayor percentil de IMC en pacientes con ansiedad y depresión. No encontrando significancia estadística en ninguno de sus resultados. En este proyecto de investigación los resultados son variables ya que predominó femenino en 58%, una media de 9.6 años, solo se manejó depresión encontrándola en una 76.4% y 80.9% de obesidad, concuerda en que tampoco se encontró significancia estadística.

12. CONCLUSIONES

Posterior el análisis de los resultaos se concluye que:

De la muestra de 110 participantes de 8-12 años, el grupo de edad más encuestado fue el de 9 años con el 32.7%.

El sexo con mayor predominio en esta muestra fue el sexo femenino con un 53%.

Relativo a la escolaridad, se observó que la mitad de la muestra cursaba el cuarto año de primaria.

En cuanto al IMC se observó una media de 23.7. Donde el 75% de la muestra presentó como mínimo un IMC mayor de 25.2 que, de acuerdo a gráficas de percentiles para niños y adolescentes se encontró que el 80.9 % de los participantes son obesos.

La depresión se observó en el 76.3% de los participantes. La cual se presenta en el 74.1% de los infantes obesos.

Los participantes con peso normal fueron el 7.2% y con algún grado de depresión el 87.4% de los mismos.

Se concluye que no existe relación entre la depresión y la obesidad en niños de 8 a 12 años de la Unidad Médico Familiar 55 IMSS Puebla.

13. PROPUESTAS

Propongo que en cada consulta y como parte de la historia clínica ,se aplique el cuestionario (CDI) Inventario de depresión infantil de María Kovacs de 2004, de forma obligatoria y preventiva, como Tamizaje psicológico a niños a partir de 8 años de edad hasta la adolescencia para que así nos permita detectar el padecimiento de depresión, y de acuerdo a ese tamizaje referir a la instancia correspondiente como psicología.

Promover el ejercicio en niños y adolescentes creando una plataforma digital en la página IMSS, que incluya videos de actividad física de bajo impacto, en los cuales los niños puedan ingresar a la plataforma las 24 hrs del día para así disminuir la prevalencia de obesidad en nuestra población infantil.

Sensibilizar al personal de salud sobre la depresión, específicamente en niños y adolescentes, incorporando dicho tópico, al sistema ya implementando de platicas semanales que efectúa cada área de coordinación de enseñanza en cada unidad de medicina.

Implementar estrategias para el adecuado control de peso en cada consulta, con mayor vigilancia a la enfermera especialista en medicina familiar y atreves de la revisión del expediente clínico en forma mensual.

Se propone que todo lo anterior se lleve a cabo bajo vigilancia por el área directiva en forma continua.

14. REFERENCIAS

1. Amaro Hinojosa MD, Flores Pena Y. Efecto del temperamento infantil en el peso del niño preescolar: una revisión sistemática. Enfermería Glob [Internet]. 2017;16(2):596. Disponible en: www.um.es/eglobal/

2. Messerli-Bürgy N, Stülb K, Kakebeeke TH, Arhab A, Zysset AE, Leeger-Aschmann CS, et al. Emotional eating is related with temperament but not with stress biomarkers in preschool children. Appetite. 2018;120:256–64.

3. Villaseñor, S. Ontiveros, C. Cardenas K. Salud Mental y Obesidad. Medigraphic. 2006;8(2):86–90.

4. OMS. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2024. p. 1–3. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

5. Enfermedades.(CDC). C para el control y P de. Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes. [Internet]. CDC. 2024. p. 1–3. Dspponible en: https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html#

6. Ogden CK. The Construction of reality in the child. The International Library of Psychology. 2007. 55 p.

7. Morrison J. DSM-5 Guia para el DIAGNÓSTICO CLÍNICO [Internet]. Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. CIUDAD DE MÉXICO; 2015. 664 p. Disponible en: https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/100427ee7db1097e8ed8e1815bb84e36.pdf

8. Ortega Miranda EG. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. Rev Médica Hered. 2018;29(2):111–5.

9. Mayall. LAB. Conceptualizing chld-adult relations. [Internet]. Londres y Nueva York; 2001. 161 p. Disponible en: https://books.google.tm/books?id=Y-KAAgAAQBAJ&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=true

10. Salud OP de la. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a Revisión. OPS. 2008;10(1):1–1164.

11. Juan J. López-Ibor Aliño, American Psychiatric Association MVM. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Am Psychiatr Assoc [Internet]. 2008;1–1049. Disponible en: https://books.google.com.mx/books/about/DSM_IV_TR.html?id=m6Wdcfn80DwC&redir_esc=y

12. Cardoze Comanto DO. Observación y registro de la depresión en el niño. Rev Latinoam Psicol [Internet]. 1985;17(2):227–46. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80517206

13. del Barrio MV, Moreno C, López R. El Children’s Depression Inventory (CDI;

Kovacs , 1992). Su aplicación en población española. Clínica y Salud [Internet]. 1999;10(3):393–416. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80517206

14. Klein. M. Principios Psicológicos del Análisis Infantil. Psicolibro. 1971;1–12.

15. 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. Atención Fam [Internet]. 2017;24(1):8–12. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.af.2016.12.001

16. Garcia Falconi R, Rivas Acuña V, Hernández Sanchez JE, Garcia Barjau H, Bracqbien Noygues C. Ansiedad, depresión y habitos alimentarios y actividad en niños con sobrepeso y obesidad. Horiz Sanit. 2016;15(2):91–7.

17. López PJT, Marcos MLT, Royo JMP, Domenech NR, Panisello EC, Herencia JAC. Resultados de una intervención motivacional con niños obesos o con sobrepeso y sus familias: Estudio Piloto. Rev Esp Nutr Humana y Diet [Internet]. 2017;21(4):313–9. Disponible en: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

18. Guajardo P, Edith G, Peña MC. Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. Univ Psychol [Internet]. 2017;16(3):1–15. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64752604018

19. López-Morales CM, Pascalis-Orozco J, Gonzalez-Heredia R, Brito-Zurita OR,

Sabag-Ruiz E. Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(Suplemento):S64–7.

20. Dana L. Rofey. A Longitudinal Study of Childhood Depression and Anxiety in Relation to Weight Gain. Child Psychiatry Hum Dev [Internet]. 2009;40(4):517–26. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf

15. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.

RELACION DE OBESIDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.

Nombre: _____
Afiliación: _____
Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Años.
Sexo: ____ Hombre: ____Mujer: _____
Grado escolar _____
Lugar de residencia _____
Peso _____ Kg
Talla _____ Cm
IMC _____Kg/m2 SC
Toda nuestra muestra de estudio presenta Obesidad (estudio previo ya realizado en 2021)

OBSERVACIONES _____
_____
_____
_____

Anexo 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	**RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.**
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 55 Puebla, Puebla. de 2023
Número de registro:	**R-2022-2104-070**
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado padre de familia, le invitamos a participar en esta investigación debido a la alta prevalencia de **obesidad en la etapa infantil**, que ha aumentado en los últimos años en México, con este estudio se pretende buscar la relación del factor de riesgo psicológico llamado **DEPRESIÓN** como desencadenante de la obesidad en niños de 8 a 12 años de edad. de ahí a importancia de detectarla en forma oportuna para mejorar la salud mental y la calidad de vida de su hijo(a).
Procedimientos:	Estimado padre de familia esperando nos autorice, a su hijo se le realizara un cuestionario el **Inventario de depresión Infantil (CDI) .**de forma individual y confidencial, con una duración de aproximadamente 30 -40 minutos (aunque no tiene un límite de tiempo establecido), El cual evalúa dos escalas: **Disforia** (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y **Autoestima negativa** (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión. Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. La puntuación percentil 90 es indicativa de sintomatología depresiva, a partir del percentil 96 se considera severo. El Cuestionario CDI contribuye a clarificar la manifestación de la sintomatología depresiva, además se le preguntaran datos personales como nombre, edad, sexo y escolaridad El CDI es el instrumento específico para ser aplicable en niños y adolescentes, puesto que estos pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras. El lugar de aplicación es en nuestras instalaciones (Auditorio) en la unidad médico familiar 55 IMSS Amalucan Puebla.
Posibles riesgos y molestias:	**Su hijo NO correrá ningún riesgo físico en esta investigación,** ya que, puede contestar el cuestionario de forma privada, se permitirá la presencia del padre o tutor de así solicitarlo por la parte interesada. dentro de los riesgos psicológicos es que puede llegar a generar miedo por la regresión de algunas vivencias, el objetivo es que usted conozca la condición psicológica y se detecte la depresión de manera temprana ,para prevenir y mejorar la calidad de vida de su hijo(a); así mismo, los datos se guardarán y nadie más los sabrá, ya que es confidencial; no habrá riesgos económicos ya que solo se le va a pedir acudir a nuestra instalaciones (Auditorio de la UMF 55 IMSS Amalucan Puebla) que conteste un cuestionario. No existen riesgos para la sociedad, ya que no se aplicará alguna maniobra que afecte la población.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que su hijo(a) tendrá al participar en este estudio son que podrá saber si padece depresión, si es que no conoce su diagnóstico, así como su envió oportuno para recibir atención especializada en el área de psicología, en nuestra unidad UMF 55 IMSS Amalucan Puebla sin costo alguno, para seguimiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al final de la evaluación, una vez obtenida la información y analizada, se informará al padre y/o tutor los resultados de la encuesta aplicada (Cuestionario de Depresión para Niños), y si cumple con los criterios de padecer depresión. Se referirá a los servicios correspondientes, para el seguimiento y mejora de la salud mental. Se procederá a darle los resultados, en forma privada por si usted tuviera alguna duda, se le explicará con detalles y en caso necesario se derivará a servicios que pueden ayudarnos en su enfermedad como psicología. podremos aclarar dudas que tenga o si usted desea más información sobre el tema. Los resultados finales del estudio se darán a conocer a las autoridades de la clínica, pero no se dirán nombres de quienes participaron ni sus datos personales, ya que se darán solo datos generales y no podrán identificarlo.
Participación o retiro:	En el momento que su hijo o usted padre o tutor responsable, no tiene disponibilidad de tiempo o por incomodidad del contexto del cuestionario, se podrá retirar del estudio sin alguna consecuencia para usted o de su hijo(a), igualmente sin afectación en la atención médica dentro del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá la confidencialidad de los datos proporcionados durante esta investigación y se respetará en todo momento la privacidad de dicha información que se derive de este. Toda información otorgada será de carácter confidencial y sólo será utilizada para este estudio en base a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la Ley General de Salud en México.
Beneficios al término del estudio:	Los beneficios que su hijo(a) tendrá al participar en este estudio son que podrá saber si padece depresión, si es que no conoce su diagnóstico, así como su envió oportuno para recibir atención especializada en el área de psicología, en nuestra unidad UMF 55 IMSS Amalucan Puebla sin costo alguno, para seguimiento.

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

Investigador Responsable:	Dra. Flor de Areli Serrano Campos/ Médico Familiar adscrito al Unidad de Medicina Familiar No.2 / Correo: file_4ever@hotmail.com/ Matricula : 98220554/ Teléfono Celular 2223122040
Colaboradores: Investigador Asociado:	Maestra en Terapias Psicosociales: Diana Iveth Mar Vázquez, adscrita a la UMF 55 IMSS/ Matricula:9731604/. Correo: diana.iveth.mar.90@gmail.com/Teléfono Celular:2291733996. _____
Investigador asociado: Investigador asociado:	---------- Dra. Velázquez Batana Magali ,Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar adscrito a la UMF N.55 Matricula: 97226771 Correo: mvb55@hotmail.com.com Teléfono Celular: 2212748523

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación 21048 de la UMF 6 del IMSS con la Dra. Adriana Xaxalpam Salinas, al celular: 2225188534 o al correo: comité.bioetica21048@gmail.com

Si durante su participación en el estudio identifica o percibe alguna sensación molesta, alteración en el estado de ánimo, ansiedad o angustia o evento que suceda como consecuencia de la aplicación del cuestionario **(Inventario de depresión Infantil) (CDI),** reportar de forma inmediata a los aplicadores del cuestionario.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Dra. Magali Velázquez Batana
Matrícula: 97226771 Celular: 2212748523

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-014

Anexo 3

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

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 12 años)

Nombre del estudio: **RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.**

Número de registro institucional _____

- La causa de este estudio es para saber si existe una relación entre la obesidad que presentas en tu cuerpo, con los sentimientos que expresas actualmente, los cuales podrían estar desencadenando en un proceso de depresión infantil que quizá a un no has percibido.

- Queremos determinar este factor en ti para poder ayudarte y mejorar tu desempeño social que se verá reflejado en la mejora de tus relaciones interpersonales con las personas de tu entorno y para tu mejor desarrollo y bienestar personal

- Hola, mi nombre es Magali Velázquez Batana y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la relación de obesidad y depresión en niños de 8 a 12 años y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en llenar un cuestionario. Para ello queremos pedirte que nos apoyes.

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

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

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

☐ Si quiero participar

☐ NO quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

_____

Fecha: _____

Anexo 4

INDICACIONES CUESTIONARIO CDI

GRADO:	SECCION: UMF-55	COLEGIO:
SEXO: MASCULINO () FEMENINO ( )	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO:
NOMBRE	NSS	

CDI
INSTRUCCIONES

-
  - LOS CHICOS Y CHICAS COMO TU TIENEN DIFERENTES SENTIMIENTOS E IDEAS.
  - DE CADA GRUPO SEÑALA UNA FRASE QUE SEA LA QUE MEJOR DESCRIBA COMO TE HAS SENTIDO DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS.
  - UNA VEZ QUE TERMINES CON UN GRUPO DE FRASES, PASA AL SIGUEINTE.
  - NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.
  - UNICAMENTE SEÑALA LA FRASE QUE DESCRIBA MEJOR COMO TE HAS SENTIDO ULTIMAMENTE
  - PON UNA EXIS (X) EN EL CIRCULO QUE HAY JUNTO A TU RESPUESTA
  - PON UNA EXIS (X) EN LA FRASE QUE MEJOR TE DESCRIBA

CDI -CUESTIONARIO

Anexo 5

CDI -CUESTIONARIO

NOMBRE:	**FECHA:**
UNIDAD/ CENTRO:	**No HISTORIA**
EDAD: **AÑOS:** **MESES:**	**CURSO ESCOLAR:**
SEXO:	

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres, escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una "X "en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti "

ANEXO 5 CUESTIONARIO –CDI

POBLACION INFANTIL DE 7 A 17 AÑOS, SE TRATA DE UN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO.

1.- ( )ESTOY TRISTE DE VEZ EN CUANDO ( ) ESTOY TRISTE MUCHAS VECES ( )ESTOY TRISTE SIEMPRE	11.- ( )LAS COSAS ME PREOCUPAN SIEMPRE ( ) LAS COSAS ME PREOCUPAN MUCHAS VECES ( ) LAS COSAS ME PREOCUPAN DE CUANDO EN CUANDO
2.- ( )NUNCA ME SALDRA NADA BIEN ( )NO ESTOY SEGURO DE SI LAS COSAS ME SALDRAN BIEN ( )LAS COSAS ME SALDRAN BIEN	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
3.- ( ) HAGO BIEN LA MAYORIA DE LAS COSAS ( )HAGO MAL MUCHAS COSAS ( )TODO LO HAGO MAL	13.- ( )NO PUEDO DECIDIRME ( )ME CUESTA DECIDIRME ( )ME DECIDO FACILMENTE
4.- ( )ME DIVIERTEN MUCHAS COSAS ( )ME DIVIERTEN ALGUNAS COSAS ( )NADA ME DIVIERTE	14.- ( )TENGO BUEN ASPECTO ( )HAY ALGUNAS COSAS DE MI ASPECTO QUE NO ME GUSATAN ( )SOY FEO
5.- ( )SOY MALO SIEMPRE ( )SOY MALO MUCHAS VECES ( )SOY MALO ALGUNAS VECES	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
6.- ( )AVECES PIENSO QUE ME PUEDEN OCURRIR COSAS MALAS ( )ME PREOCUPA QUE ME OCURRAN COSAS MALAS ( )ESTOY SEGURO DE QUE ME VAN A OCURRIR COSAS TERRIBLES	16.- ( )TODAS LAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME ( )MUCHAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME ( ) DUERMO MUY BIEN
7.- ( )ME ODIO ( )NO ME GUSTA COMO SOY ( ) ME GUSTA COMO SOY	17.- ( )ESTOY CANSADO DE CUANDO EN CUANDO (|) ESTOY CANSADO MUCHOS DIAS ( ) ESTOY CANSADO SIEMPRE

8.- ( ) TODAS LAS COSAS MALAS SON CULPA MIA ( ) MUCHAS COSAS MALAS SON CULPA MIA ( ) GENERALMENTE NO TENGO LA CULPA DE QUE OCURRAN COSAS MALAS	18.- ( ) LA MAYORIA DE LOS DIAS NO TENGO GANAS DE COMER ( ) MUCHOS DIAS NO TENGO GANAS DE COMER ( ) COMO MUY BIEN
9.- ( ) NO PIENSO EN MATARME ( ) PIENSO EN MATARME PERO NO LO HARIA ( ) QUIERO MATARME	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
10.- ( ) TENGO GANAS DE LLORAR TODOS LOS DIAS ( ) TENGO GANAS DE LLORAR MUCHOS DIAS ( ) TENGO GANAS DE LLORAR DE CUANDO EN CUANDO	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 SOLO DE VEZ EN CUANDO ( ) ME DIVIERTO EN EL COLEGIO MUCHAS VECES	24.- ( ) NUNCA PODRE SER TAN BUENO COMO OTROS NIÑOS ( ) SI QUIERO PUEDO SER TAN BUENO COMO OTROS NIÑOS ( ) SOY TAN BUENO COMO OTROS NIÑOS
22.- ( ) TENGO MUCHOS AMIGOS ( ) TENGO MUCHOS AMIGOS PERO ME GUSTARIA TENER MAS ( ) NO TENGO AMIGOS	25.- ( ) NADIE ME QUIERE ( ) NO ESTOY SEGURO DE QUE ALGUIEN ME QUIERA ( ) ESTOY SEGURO DE QUE ALGUIEN ME QUIERE
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 LLEVAVA	26.- ( ) GENERALMENTE HAGO LO QUE ME DICEN ( ) MUCHAS VECES NO HAGO LO QUE ME DICEN ( ) NUNCA HAGO LO QUE ME DICEN
	27.- ( ) ME LLEVO BIE CON LA GENTE ( ) ME PELEO MUCHAS VECES ( ) ME PELEO SIEMPRE

ANEXO 6

CALIFICACION E INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO CDI

Claves para el profesional.

Corrección: las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto, de acuerdo a estas puntuaciones:
La ausencia del síntoma (RESPUESTA A) SE PUNTUA 0
La presencia en una forma leve (RESPUESTA B) SE PUNTUA 1
La presencia en una forma grave (RESPUESTA C) SE PUNTUA 2
Por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos
El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión.
La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y un 94 % de las puntuaciones son verdaderas.

Anexo 7 Gráficas de percentiles para niñas.

2 a 20 años: Niñas
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

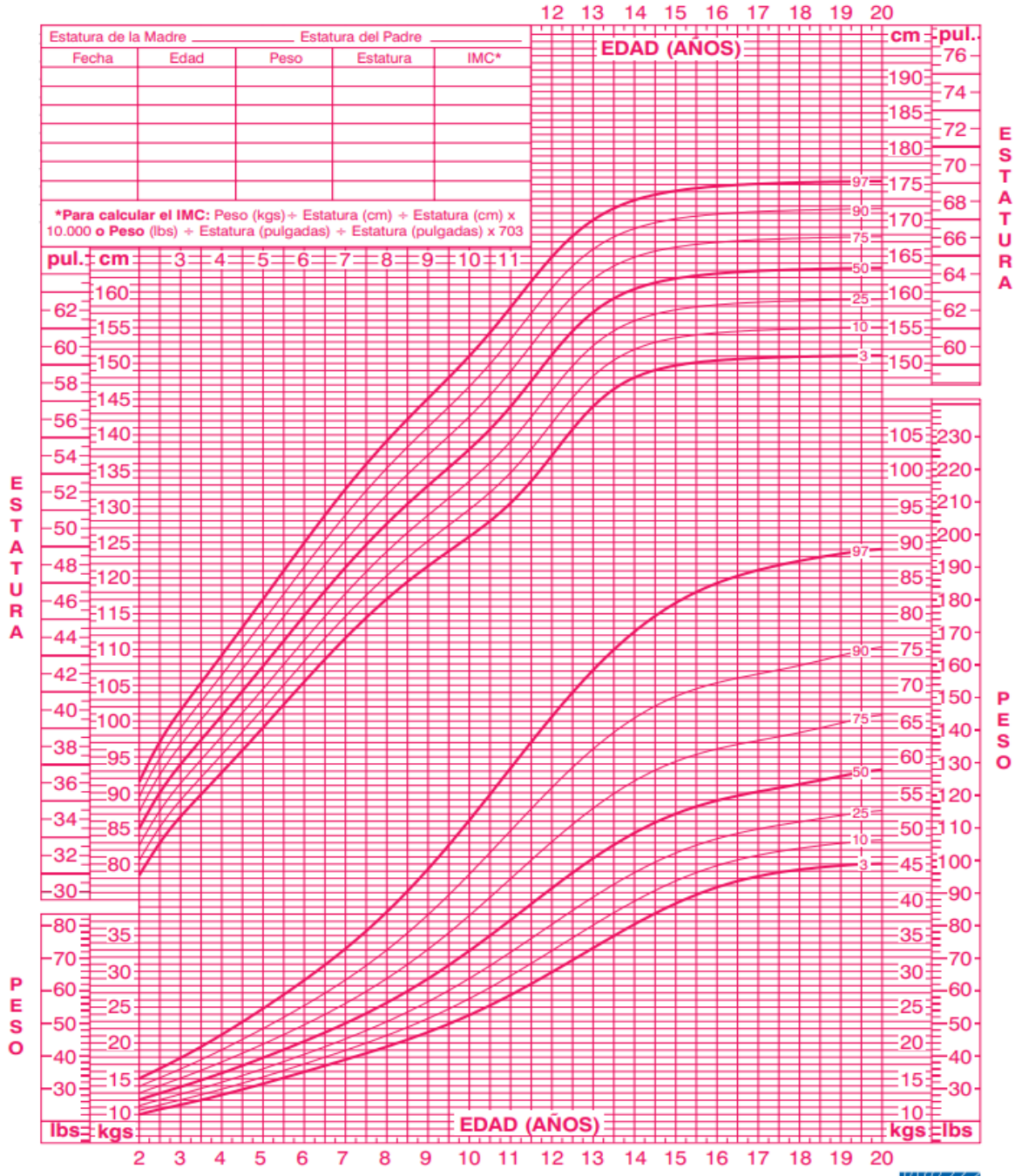
Nombre _____

de Archivo _____

Estatura de la Madre _____ Estatura del Padre _____

Fecha	Edad	Peso	Estatura	IMC*

***Para calcular el IMC:** Peso (kgs) ÷ Estatura (cm) ÷ Estatura (cm) x 10.000 **o Peso** (lbs) ÷ Estatura (pulgadas) ÷ Estatura (pulgadas) x 703



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER · HEALTHIER · PEOPLE™

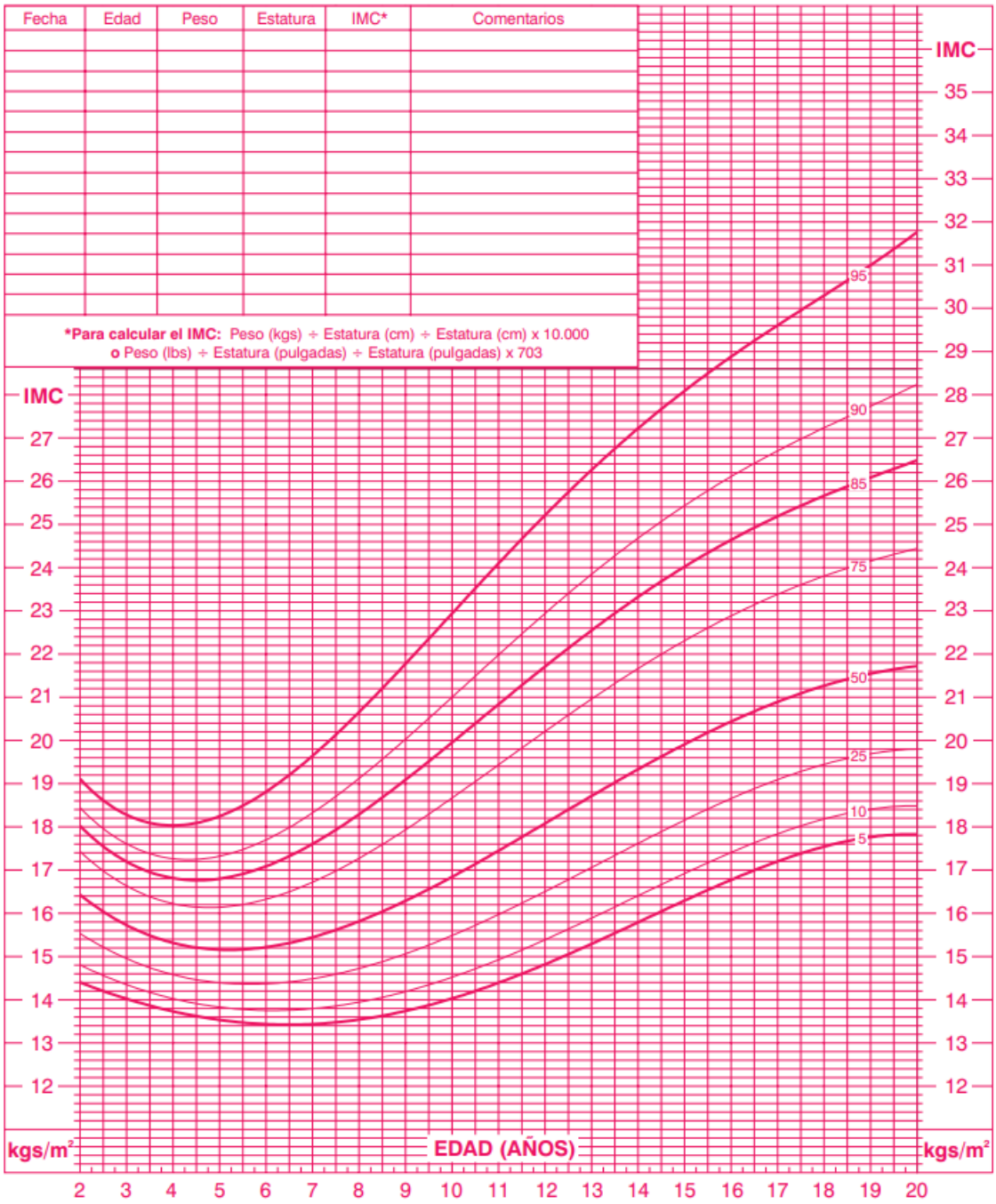
2 a 20 años: Niñas
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre _____

de Archivo _____

Fecha	Edad	Peso	Estatura	IMC*	Comentarios

***Para calcular el IMC:** Peso (kgs) ÷ Estatura (cm) ÷ Estatura (cm) x 10.000
o Peso (lbs) ÷ Estatura (pulgadas) ÷ Estatura (pulgadas) x 703



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

CDC
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Anexo 8 Gráficas de percentiles para niños.

2 a 20 años: Niños
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

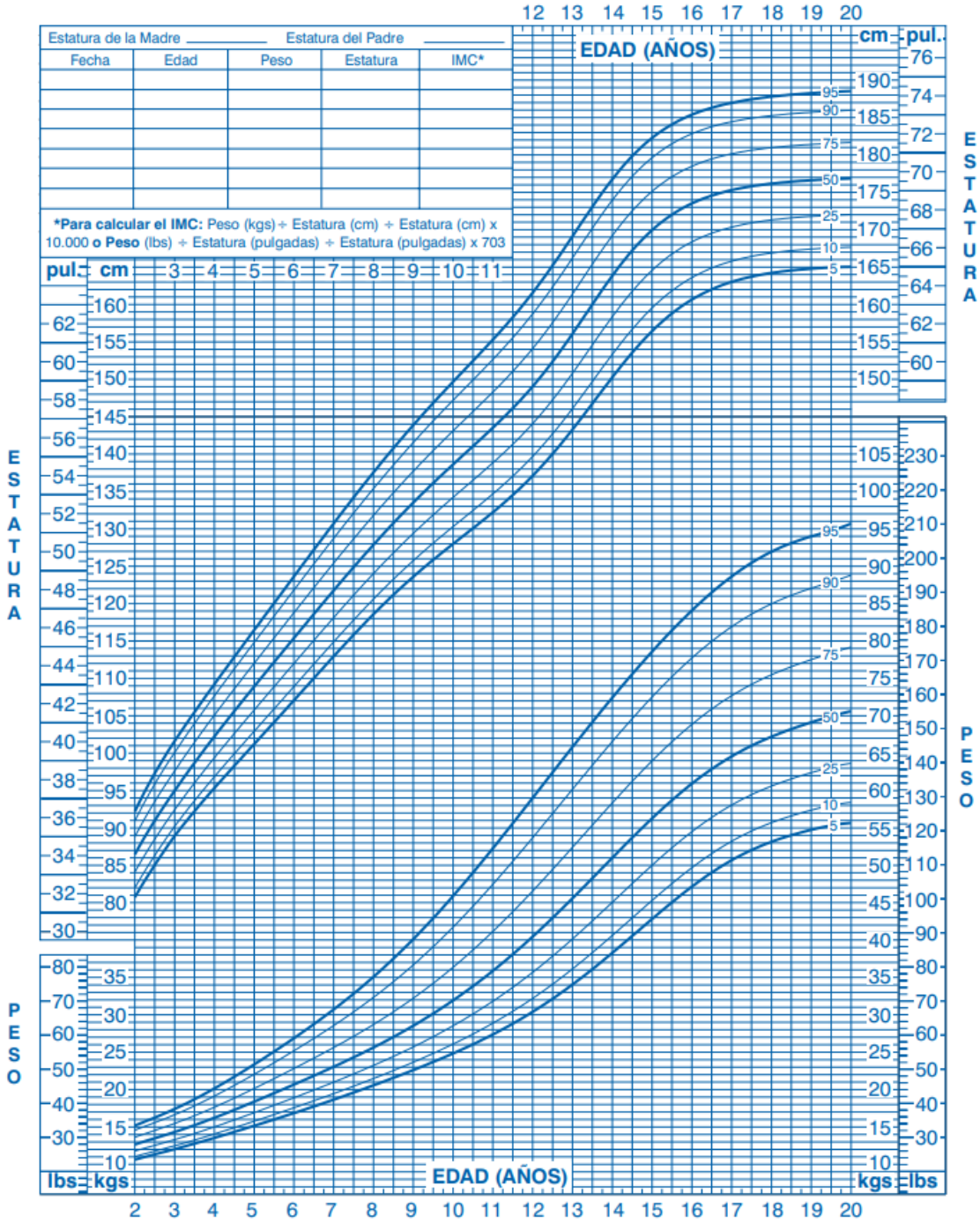
Nombre _____

de Archivo _____

Estatura de la Madre _____ Estatura del Padre _____

Fecha	Edad	Peso	Estatura	IMC*

***Para calcular el IMC:** Peso (kgs) ÷ Estatura (cm) ÷ Estatura (cm) x 10.000 **o Peso** (lbs) ÷ Estatura (pulgadas) ÷ Estatura (pulgadas) x 703



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

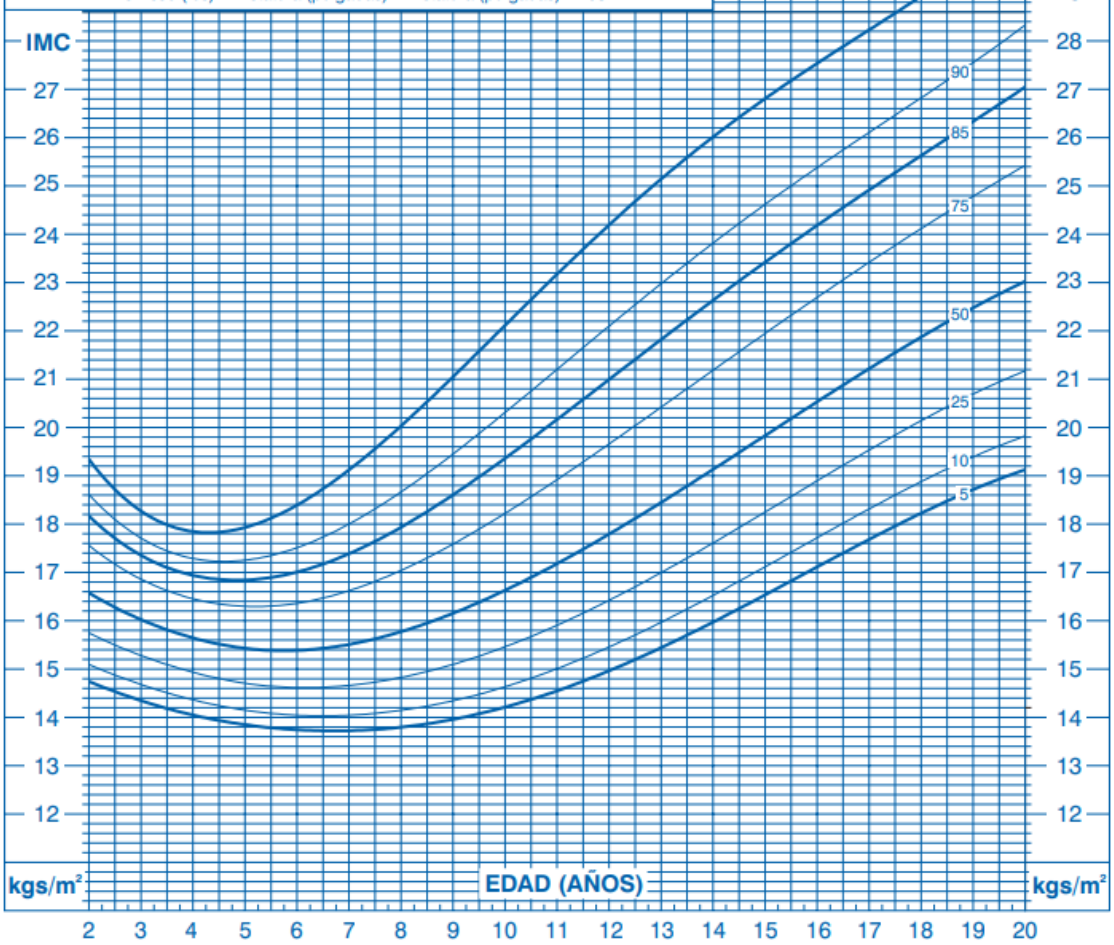
2 a 20 años: Niños
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre _____

de Archivo _____

Fecha	Edad	Peso	Estatura	IMC*	Comentarios

***Para calcular el IMC:** Peso (kgs) ÷ Estatura (cm) ÷ Estatura (cm) x 10.000
o Peso (lbs) ÷ Estatura (pulgadas) ÷ Estatura (pulgadas) x 703



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
http://www.cdc.gov/growthcharts

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Anexo 9

Clasificación de niños y adolescentes con normo peso, sobrepeso u obesidad según el IMC propuesto por el centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) y la organización mundial de la salud (OMS).

(Para la clasificación del IMC se tienen en cuenta la edad y el sexo).

Margen de percentil de IMC	Categoría
Por debajo del percentil 5	Bajo peso
Percentil del 5 al 85	Peso Normal
Percentil del 85 a 95	Sobrepeso
Percentil por arriba del 95	Obesidad

Anexo 10 Criterios de gravedad de un episodio depresivo en niños y adolescentes según la CIE 10.

A-Criterios generales para episodio depresivo
➢ El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas ➢ El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
B-Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas
El humor puede ser triste, depresivo o irritable.
Los niños pequeños o con desarrollo o problemas lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual.
El estado irritable puede mostrarse como "paso al acto", comportamiento imprudente o actitudes o acciones coléricas u hostiles.
En adolescentes mayores puede ser similar al de los adultos
La pérdida de interés puede ser el juego, en el ocio o en las actividades escolares.
La falta del juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga
C-Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista para que la suma total sea al menos de 4:
Pérdida de confianza, estimación de sí mismos y sentimientos de inferioridad
auto- desvalorización, la culpa excesiva o inapropiada, no suele estar presente.
Indicios no verbales de conducta suicida. Incluidos comportamientos de riesgo reiterados en ocasiones a modo de juego y "gesto" auto lesivos.
Los problemas con la atención y la concentración, pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar
Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo similar a los adultos.
D.- Puede o no haber síndrome somático: Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.
Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B La persona está apta para continuar la mayoría de sus actividades
Episodio depresivo moderado: presentar al menos dos síntomas de los criterios B y C ,hasta sumar mínimo 6 síntomas.(dificultad para continuar la mayoría de sus actividades)
Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. (pérdida de autoestima, sentimiento de culpa e inutilidad, ideas y acciones suicidas, síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos, como alucinaciones, delirio, retardo psicomotor o estupor grave. (episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.)

Anexo 11 Carta de no inconveniente para realizar protocolo de investigación.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN PUEBLA
Unidad de Medicina Familiar N° 55

CARTA DE NO INCONVENIENTE PARA REALIZAR PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Puebla, Puebla; a 26 de agosto del 2022

Presente:

Declaró al Comité Local 21048 de Investigación en Salud, que el protocolo de investigación con título: "RELACION DE OBESIDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.", del cual no tengo inconveniente en que se realice. Se autoriza al responsable de la investigación Dr. Javier Sotomayor Tapia, realice el siguiente procedimiento como es la aplicación de encuestas a los participantes del estudio, uso de los recursos para realización de pruebas de salud mental, el análisis de datos, interpretación y presentación de resultados en lo conveniente. El responsable de la investigación podrá utilizar un espacio destinado para el desarrollo de su proyecto.
Así mismo, declaró que, en este protocolo de investigación, no interfiere con los procesos a cargo de nuestra unidad.

Sin otro en particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Alfredo Mendoza Corona
Director de la Unidad de Medicina Familiar Número 55.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN PUEBLA
Unidad de Medicina Familiar No 55

Anexo 12 Carta de confidencialidad

GOBIERNO DE MÉXICO

IMSS

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN PUEBLA
Unidad de Medicina Familiar N° 55

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Puebla, Puebla a 26 de agosto de 2022

A quien corresponda.
PRESENTE:

Nosotros, Dr. Javier Sotomayor Tapia, Maestra en Terapias Psicosociales: Diana Iveth Mar Vazquez ,Dra. Berenice Romero Morales Dra.Magali Velazquez Batana, hacemos constar, en relación con el protocolo No. _____ titulado:

"RELACION DE OBESIDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 55 IMSS PUEBLA.".

Nos comprometemos a resguardar y mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los datos, documentos, expediente, reportes estudios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a nuestro cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución de este.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento, se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Trasparencia y Acceso a la Información Pública (última actualización 2016), la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal de la Ciudad de México y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables en la materia.

ATENTAMENTE

Nombre y firma

Dr. Javier Sotomayor Tapia
Matricula 98223617

Nombre y firma

Maestra en Terapias Psicosociales: Diana Iveth Mar Vázquez
Matricula 97316045

Dra. Berenice Romero Morales
Matricula 97225439

Dra.Magali Velazquez Batana
Matricula 97226771

Dra. Flor de Aceli Serrano Campos
Matricula 98220554

2022 Flores Magón