



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
LEÓN, GUANAJUATO**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA UMF No.25”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER BARAJAS CORNEJO

ASESOR DE TESIS:

Dr. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

LEÓN, GUANAJUATO

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA UMF No.25”

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

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER BARAJAS CORNEJO

AUTORIZACIONES:



DRA. MAYRA YANIVET LOPEZ CARRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO



DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ
ASESOR DE TESIS



DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA UMF No.25"**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER BARAJAS CORNEJO

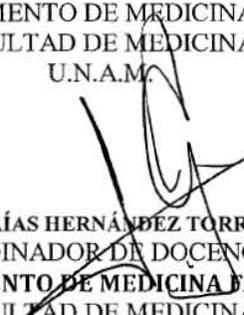
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

LEÓN, GUANAJUATO

2012

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por darme vida para lograr realizar esta especialidad, por darme la fortaleza y entereza de llevarla a cabo, así como la capacidad para concluirla con éxito.

A mi esposa por el apoyo recibido durante toda la vida, especialmente durante este camino, la cual siempre estuvo a mi lado, haciéndome fuerte para no declinar, demostrándome su amor y cariño.

A mi hija, la cual siempre me dio ánimos para salir adelante, me dio inspiración para luchar por un ideal y por su amor y cariño que siempre me ha demostrado, el cual es el motor de mi vida.

A mis padres por creer en mí y depositar toda su confianza en mi persona.

A mi asesor de tesis y amigo, el cual desinteresadamente siempre estuvo apoyándome, aconsejándome y haciéndome fuerte ante las adversidades que se presentaban en el camino.

A mis maestros titulares, por transmitirme sus conocimientos y experiencias.

A todos ellos "GRACIAS".

RESUMEN:

Objetivo: Identificar la prevalencia de depresión en niños escolares de 8 a 12 años de edad en la UMF No. 25 del IMSS.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, transversal y observacional, con un muestreo no probabilístico por simple disponibilidad, se estudiaron 101 pacientes; 45 masculinos (11 con sobrepeso y 34 con obesidad) y 56 femeninos (29 con sobrepeso y 27 con obesidad), a los cuales se le aplicó el cuestionario CDS.

Resultados: Se encontró una prevalencia del 19 % de depresión, de los cuales en masculinos fue de 10% en total (1.98% con sobrepeso, y 7.92% con obesidad), y en los femeninos fue del 9% (3.96% con sobrepeso y 4.95% con obesidad).

Conclusiones: Con este estudio, se observa que el sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 12 años de edad, no siempre es un factor detonante de depresión en los mismos, ya que se observó que predomina la depresión en pacientes con obesidad, en comparación con los de sobrepeso, y en el sexo masculino, observándose así, que a mayor IMC, mayor es el riesgo de presentar depresión en este grupo de edades.

La depresión está presente en estos pacientes con sobrepeso y obesidad.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, se propone que los pacientes que ya tengan un sobrepeso, sean enviados al departamento de psicología, para tratar la depresión en los que éste presente, evitando así evolucionen a obesidad, quitando así los factores de riesgo que presentarían para complicaciones posteriores.

INDICE

I.- Presentación	1
Autorizaciones	2
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
II.- Marco Teórico.....	8
III.- Justificación.....	16
IV.- Planteamiento del Problema.....	17
V.- Hipótesis.....	18
VI.- Objetivo.....	19
VII.- Material y Métodos.....	20
a) Tipo de estudio.....	20
b) Lugar y Tiempo.....	20
c) Población.....	20
1) Tamaño de la Muestra.....	20
2) Muestreo.....	20
3) Criterios de Selección.....	20
- Criterios de Inclusión.....	20
- Criterios de Exclusión.....	20
- Criterios de Eliminación.....	21
d) Variables.....	21
1) Identificación de las variables.....	21
2) Definición operacional.....	21
3) Tipo de variables, escalas y unidades de medición.....	21
e) Recolección de datos	
1) Método de recolección.....	21
2) Instrumento de recolección.....	21
3) Procedimiento.....	24

f) Análisis Estadístico.....	24
VIII.- Recursos:	
a) Materiales.....	24
b) Humanos.....	24
c) Económicos.....	24
IX.- Aspectos Éticos.....	25
X.- Resultados.....	26
XI.- Discusión.....	29
XII.- Conclusiones.....	30
XIII.- Referencias Bibliográficas.....	31
XIV.- Anexos:	
Anexo 1.- Tablas niños y niñas de 8 a 12 años de edad por Desviaciones estándar de acuerdo a IMC.....	34
Anexo 2.- Cuestionario CDS.....	40
Anexo 3.- Hoja de respuestas CDS.....	44
Anexo 4.- Plantilla de corrección CDS.....	45
Anexo 5.- Puntuaciones directas CDS.....	46
Anexo 6.- Carta de consentimiento informado.....	47

II.-MARCO TEÓRICO

Se ha discutido mucho acerca de las implicaciones psicopatológicas de la obesidad sin que se haya conseguido llegar a un acuerdo unánime. Por una parte, se ha considerado que las alteraciones que aparecen se deben a las consecuencias sociales y personales que tiene el estar obeso en nuestra sociedad, sin dejar a un lado las alteraciones orgánicas. Sin embargo, en algunos estudios sí se han encontrado rasgos de personalidad que podrían tener un papel en el desarrollo de la obesidad, como es la impulsividad, la dependencia o la inseguridad. Clásicamente se ha considerado a los obesos como personas psicológicamente sanas, con buen carácter y buena aceptación de sí mismo, haciendo énfasis en la "felicidad del obeso", pero esto no parece ajustarse a la realidad. Un grupo importante de obesos sí están conformes con su situación, comen por que les gusta y no desean privarse del gran placer que les genera. Sin embargo, existe otro grupo de pacientes obesos que presentan importantes alteraciones psicopatológicas y su obesidad está precisamente en relación directa con ella, viven desadaptados por su aspecto físico, presentan síntomas depresivos o ansiosos, con sentimientos de baja autoestima o autodesprecio. (1)

En su "Informe Mundial", la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmó que 1.200 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de sobrepeso y obesidad, que es aproximadamente el mismo número de personas que sufren de desnutrición. Los estudios epidemiológicos muestran que el 55% de la población adulta, presenta sobrepeso y el 22% obesidad. (2)

En las últimas 2 décadas, la obesidad tuvo un incremento de más del 30% en México, ligeramente mayor que en los Estados Unidos de Norteamérica. (2)

Más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad; estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32,671 millones sin contar a los niños. (3)

Actualmente México es el segundo país con mayor número de obesos en el mundo, sólo por debajo de los EUA. Esta epidemia de obesidad no se limita a los países desarrollados, su aumento es más rápido en países en vías de desarrollo como el nuestro, que enfrentan un doble problema, la desnutrición y la obesidad.⁽¹⁾

Estudios recientes realizados en distintos países demuestran que del 5 al 10% de niños en edad escolar son obesos y en adolescentes la proporción aumenta hasta 19 al 20%.⁽⁴⁾

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 1999 la prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad correspondía al 5.3 %, mientras que en el 2006 fue de 9.4% dando como resultado un incremento de 77%, comparado con las niñas que en 1999 tenía una prevalencia de 5.9% y en el 2006 de 8.7%, incremento del 47%, de forma global se habla de un incremento de 39.7% para el 2006; los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares.⁽⁵⁾

La obesidad infantil puede condicionar importantes secuelas en los niños, de hecho se encuentra entre las tres principales causas de morbi-mortalidad Infantil. Además, puede ser uno de los factores que influya en el desarrollo del adolescente llegando a ocasionar un trastorno de conducta alimentaria tanto de tipo restrictivo como purgativo. Puede provocar daños psicológicos en el niño por las continuas mofas o burlas de sus compañeros que influidos por la cultura occidental discriminan al que se salga de los patrones establecidos.⁽¹⁾

El método diagnóstico utilizado para medir la obesidad, la cual se define como el exceso de grasa corporal que induce a un aumento significativo de riesgo para la salud, debido a un desequilibrio prolongado entre la ingestión de calorías y el consumo de energía; se basa en estándares internacionales de índice de masa corporal (IMC) para edad, calculado como peso en kilogramos dividido por la talla en metros elevada a cuadrado (Peso/talla²). Con esta

premisa un subgrupo de expertos de la OMS desarrolló estándares de IMC para la población pediátrica, posteriormente estos se trasladaron a su equivalente para cada edad, con el beneficio adicional de ser utilizables internacionalmente. ⁽⁶⁾

Para investigación y propósitos epidemiológicos del sobrepeso y obesidad, se consideran las siguientes definiciones:

- Peso saludable entre el percentil 5 y el percentil 85
- El sobrepeso, $IMC \geq$ percentil 85 para el sexo y la edad.
- La obesidad, $IMC \geq$ a percentil 95 para el sexo y la edad. (TABLAS OMS ANEXO 1).

El nuevo Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS difundido el 27 de abril del 2006 en Ginebra confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos. Este nuevo patrón es un instrumento importante para los padres, los profesionales de la salud y otros dispensadores de atención sanitaria, ya que permite evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños a nivel individual y colectivo. ⁽⁷⁾

En todo niño con IMC superior a la centila 85 debe investigarse la presencia de problemas psicológicos y sociales, particularmente autoimagen pobre y lesionada, aislamiento social, disminución de la expresividad afectiva, autoagresión, promiscuidad y adicciones, alteración en el patrón de la alimentación, enuresis, encopresis, maltrato físico y deprivación afectiva. ⁽⁸⁾

Se ha relacionado a la obesidad con alteraciones crónico degenerativas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión arterial sistémica (HAS) dejando a un lado las alteraciones psicosociales que se pueden presentar en el niño y que si no se identifican a tiempo y se les ofrece un tratamiento adecuado y oportuno repercutirá en la vida adulta. La obesidad dada su alta prevalencia es un problema de salud pública meritorio de prioridad dentro de los problemas de salud que requieren de programas de acción implementados a corto plazo. ⁽⁸⁾

Existe relativamente poca información sobre las relaciones existentes entre la obesidad infantil y los factores psicosociales. Los niños y adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión. Socialmente suelen estar aislados y tienen menos amigos que los no obesos, estableciéndose un círculo vicioso entre depresión y pérdida de la autoestima con problemas de integración social. ⁽⁹⁾

La depresión como trastorno de estado de ánimo según un informe de la OMS (2003) aparece como la principal causa de discapacidad y la cuarta causa de morbilidad en el ámbito mundial. Se pronostica que para el año 2020 este trastorno ocupará el 2º lugar entre los trastornos mentales y físicos. ⁽¹⁰⁾

La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes puede apreciarse en algunos datos tomados del reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se plantea que el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental. El estado de ánimo depresivo es una parte común y universal de la experiencia humana. Puede ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas. La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en el niño. ⁽¹⁰⁾

Cualquier niño puede sentirse triste en un momento determinado, pero para recibir el diagnóstico de episodio depresivo mayor debe cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV o CIE-10 (F92.0). Aunque los criterios diagnósticos son los mismos en niños y adolescentes que en adultos, el cuadro clínico puede variar considerablemente según el nivel de desarrollo del niño. Los niños generalmente presentan más síntomas de ansiedad, quejas somáticas, alucinaciones auditivas, rabietas problemas de conducta. ⁽¹¹⁾

El paciente pediátrico pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, pero la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y de larga duración, y puede interferir con todos los

aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares. ⁽¹⁰⁾

El comienzo de la depresión puede ser súbito o gradual, por corto o largo plazo. Reconocer y diagnosticar la depresión en los niños puede ser difícil debido a que la depresión puede estar presente al mismo tiempo que otros trastornos, como la ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. ⁽¹²⁾

En principio, ha habido un cierto desacuerdo de tipo teórico sobre la validez del concepto de la depresión en la infancia. Algunos autores (como H.E. Rie, 1966) definen la depresión en términos de números de características psicopatológicas con los mismos parámetros encontradas en los adultos, e indican que es teóricamente improbable su presencia en los niños tomando en cuenta los mismos parámetros para que para los adultos. ⁽¹²⁾

En los textos de psiquiatría infantil publicados hasta mediados de los años sesenta, son raras las alusiones a la depresión en la infancia como algo distinto de la depresión y de la psicosis maniaco depresivo en el adulto a partir de esos años ha aumentado considerablemente el interés y reconocimiento de este fenómeno de la infancia. ⁽¹²⁾

Es bien sabido que la depresión infantil ha tenido serios problemas por ser aceptada por la comunidad científica. ⁽¹⁰⁾ No se ha podido demostrar claramente la existencia de factores de personalidad que condicionen el desarrollo de la depresión en todos los pacientes; aunque sí parece que, en los que presentan sobrepeso u obesidad, la impulsividad, la labilidad e inestabilidad emocional, la ansiedad o la depresión suelen estar presentes en mayor o menor medida. ⁽¹³⁾

Frecuentemente se ha observado que la depresión está presente como un problema de la familia y sus miembros interactúan depresivamente; en estos casos el fenómeno no está solo en el niño y el examen y terapia debería incluir a toda la familia. ⁽¹³⁾

Existen diversos instrumentos de evaluación para la depresión, algunos basados en el sistema diagnóstico, categorial y otros en el sistema dimensional. Dentro de marco categorial es la entrevista en sus distintas modalidades (estructurada, semiestructurada) el método mas común de evaluación (del Barrio, 1995). La entrevista se realiza a los padres o allegados y a los propios niños. El inventario de depresión infantil de Kovacs es una entrevista semiestructurada y es necesario que el profesional acredite experiencia clínica, se valora el estado mental actual del niño y se realiza una observación directa del comportamiento del niño al momento de la entrevista, por tal motivo debe de ser individual ya que es poco aplicable de manera grupal o colectiva. En la perspectiva de tipo dimensional los instrumentos creados en este marco agrupan: inventarios, escalas, y cuestionarios, que son aplicados a los padres, maestros o al propio niño; por lo tanto son fáciles de aplicar, económicos y requieren poca información por parte del entrevistador. ⁽¹⁴⁾

El manual del CDS apareció en 1978. Las letras utilizadas se deben a su abreviación en ingles "Children`s Depression Scale", creado por M. Lang. Y M. Tisher, primera versión australiana, en diversos estudios se ha ido comprobando, la precisión, valor y capacidad discriminativa del Cuestionario de Depresión para niños (CDS ANEXO 2) para evaluar la ausencia o presencia de depresión infantil. La adaptación española de la CDS se realizó en 1980 con una muestra de 730 niños de 8 a 14 años, en los que se analizaron los elementos de la prueba y se calculó la fiabilidad y consistencia interna mediante la formulación de Kuder-Richardson. Los resultados mostraron índices de consistencia satisfactorios, así como un buen nivel de estabilidad y consistencia interna (Seisdeos, 2000). ⁽¹⁵⁾

Respecto a los estudios sobre depresión infantil y rendimiento académico, una investigación realizada por Díaz Atienza y otros (2002), empleando el CDS, concluyó que la presencia de síntomas depresivos se asocia de forma estadísticamente significativa con el mal rendimiento académico; este estudio estuvo compuesto por sujetos entre 12 y 16 años de edad llegando a la conclusión de que la depresión infantil es un problema que algunos autores

llamarían “enmascarado”, cuyo desarrollo puede pasar desapercibido para maestros o padres de familia, con lo cual se dificulta su tratamiento temprano. ⁽¹⁶⁾

En un estudio realizado en Mar de Plata en España en el año 2001 se analizó el nivel de estrés y de depresión en adolescentes de 13 a 16 años encontraron que pueden existir diferencias en los niveles de depresión de acuerdo a la edad de los sujetos, los resultados permitieron confirmar que las puntuaciones que indican niveles superiores de depresión, son superiores en los alumnos con menor edad (7º año), confirmando la opinión de Lang y Tisher (1997) en cuanto sostienen que conforme al aumento gradual de la edad los niños mayores tienden a ser menos depresivos; además los alumnos de escuelas públicas, caracterizados por su pertenencia a sectores socioeconómicos y culturales más desfavorecidos presentan puntuaciones superiores en los niveles de depresión. ⁽¹⁷⁾

La implicación social de la obesidad es relevante, debido a que las familias expresan desventajas del paciente obeso, cuyo aspecto puede representar una lesión en su autoestima y una limitación en su crecimiento personal, lo que pudiera desencadenar en problema de depresión, también influyendo, la educación, la cultura, las creencias y los recursos económicos. ⁽¹⁸⁾

Un estudio realizado por la universidad de Navarra en España, reportó que personas durante su infancia que presentaban sobrepeso y obesidad, tenían una mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos durante la edad adulta, más no encontraron relación en cuanto a cuadros depresivos y la asociación con el sobrepeso o la obesidad durante la infancia, concluyendo que estos pacientes al llegar a la edad adulta, tienen mayor probabilidad de presentar cuadros depresivos, los cuales se verían relacionados con su sobrepeso u obesidad. ⁽¹⁹⁾

Un estudio realizado en niños escolares, reveló, que las intimidaciones hacia los niños con sobrepeso y obesidad, las cuales están de moda en las escuelas, es un factor detonante para la presencia de cuadros depresivos y baja autoestima en los niños escolares. (20).

En un estudio reciente, se encontró que en todos los niños deprimidos había mayores niveles de secreción de cortisol. Pero cuando se analizaron las muestras por sexo, se encontró que esto se relacionaba con un alza de peso principalmente en las niñas (41% contra un 28% en los varones). Por consiguiente los efectos de los estados depresivos en el sobrepeso fueron cuatro veces mayores en las niñas.(21).

No se ha encontrado una asociación con las características adversas de la madre o la familia, ni con la depresión materna, ni con eventos negativos de la vida, así como tampoco con familias en estado de pobreza, ni con educación deficiente de los padres. Sin embargo, el tener una madre con sobrepeso, o el padre, incrementa la probabilidad de que el niño padezca sobrepeso u obesidad (22).

III.- JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación pretende determinar la prevalencia de depresión en niños con sobrepeso y obesidad en edad escolar de 8 a 12 años de edad.

Al no contar con datos estadísticos en la UMF No. 25, se pretende encontrar la prevalencia en niños escolares de 8 a 12 años de edad, con sobrepeso y obesidad, dada la importancia en el incremento del sobrepeso y obesidad en niños, lo cual servirá para informar al equipo de médicos, enfermeras, nutriólogos, dietista, psicólogos y equipo directivo, para implementar estrategias para detección y tratamiento, pretendiendo así reducir el problema en caso de que exista, disminuyendo así los gastos institucionales en estos pacientes durante la edad adulta, dadas sus complicaciones que pudieran llegar a desarrollar.

IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al no contar con datos estadísticos en la UMF No. 25, se pretende encontrar la prevalencia en niños escolares de 8 a 12 años de edad, con sobrepeso y obesidad, dada la importancia en el incremento del sobrepeso y obesidad en niños, así como problemas de depresión, lo cual servirá para informar al equipo de médicos, enfermeras, nutriólogos, dietista, psicólogos y equipo directivo, para implementar estrategias para detección y tratamiento oportuno de los mismos, pretendiendo así reducir el problema en caso de que exista, disminuyendo los gastos institucionales en estos pacientes durante la edad adulta, dadas sus complicaciones que pudieran llegar a desarrollar.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en niños escolares de 8 a 12 años con sobrepeso y obesidad en la UMF No. 25 del IMSS, en Jaral de Berrios?

V.-HIPOTESIS

Sin hipótesis por ser un estudio descriptivo.

VI.-OBJETIVO

Identificar la prevalencia de depresión en niños escolares de 8 a 12 años con sobrepeso y obesidad en de la UMF No. 25 del IMSS en Jaral de Berrios.

VII.-MATERIAL Y MÉTODOS

a) Tipo de estudio. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal. Prospectivo y observacional.

b) Lugar y tiempo. La investigación se realizó en la UMF No. 25 de Jaral de Berrios, Gto, durante el periodo de Junio del 2011.

c) Población. De acuerdo al diagnóstico situacional de salud y a la pirámide poblacional de la unidad, se encontró que son 519 niños adscritos a la unidad en edades entre 8 y 12 años.

1) Tamaño de la muestra:

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra mediante el programa de análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT Versión 3.0); para una población de 519 pacientes, con una proporción esperada del 3%, nivel de confianza 95% y una precisión del 3%, obteniendo un tamaño de muestra de 101 pacientes.

2) Muestreo:

No probabilístico por simple disponibilidad.

3) Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Niños de 8 a 12 años adscritos a la UMF No. 25 de Jaral de Berrios.
- Niños con sobrepeso u obesidad.

Criterios de Exclusión:

- Niños que estén tomando medicamentos anticonvulsivantes
- Niños con enfermedades neurológicas.
- Niños con enfermedad de hipotiroidismo.
- Niños con enfermedades agudas.
- Niños de 8 a 12 años hijos de Padres que no firmen el consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- Niños cuya encuesta no este contestada completamente.

d) Variables.

1) Identificación de las variables: Prevalencia, entendiéndose por ésta como el número de casos de una enfermedad o evento, ya conocidos o nuevos, en una población y en un momento determinado).

2) Definición operacional: Para realizar la clasificación nos basaremos en las tablas de peso y talla publicadas por la OMS en el año 2007 donde se refiere lo siguiente: Ver anexo (1).

3) Tipo de variables, escalas y unidades de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DEFINICION	UNIDAD DE MEDICION
Sobrepeso	Cualitativa	Nominal	> o = de la percentila 85	Si/No
Obesidad	Cualitativa	Nominal	> o = de la percentila 95	Si/No
Depresión	Cualitativa	Nominal	Situación afectiva de tristeza.	Total positivo (sin depresión) Total depresivo (con depresión)

e) Recolección de datos.

1) Método de recolección. Encuesta estructurada tipo cuestionario.

2) Instrumento de recolección.

Se determinó mediante el CDS, el cual fue diseñado específicamente para los niños; puede ser contestada por un familiar, tutor que responda según su conocimiento del niño.

Este instrumento puede ser contestado de manera individual o colectiva con una duración de 30 a 40 minutos para edades de 8 a 16 años y que se interpreta en tablas Baremos de centiles y decapitos.

El resultado final es una escala de 66 elementos de los cuales 18 elementos son positivos entremezclados con 48 elementos depresivos para reducir una tendencia halo en la respuestas. Estos 2 conjuntos permiten 2 subescalas generales independientes: Total Depresivo y Total Positivo (TD y TP).

- Total Depresivo con seis subescalas
 - RA. Respuesta Afectiva (8 elementos)
 - PS. Problemas Sociales (8 elementos)
 - AE. Autoestima (8 elementos)
 - PM. Preocupación por la muerte/salud (7 elementos)
 - SC. Sentimiento de culpabilidad (8 elementos)
 - DV. Depresivos diarios (9 elementos)
- Total Positivo con dos subescalas
 - AA. Animo. Alegría (8 elementos)
 - PV. Positivos varios (10 elementos)

En las aplicaciones colectivas del CDS para obtener la muestra de análisis y tipificación, cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde Muy en Desacuerdo a Muy de acuerdo en los elementos de tipo depresivo, y desde Muy de acuerdo a Muy en desacuerdo en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas AA y PV) se logra que todos ellos apunten hacia el rasgo de la depresión.

Para facilitar la tarea de puntuación en las contestaciones recogidas en la hoja de respuestas (ver anexo 3), se ha diseñado una plantilla de corrección que permite obtener las puntuaciones directas de todas las sub escalas y anotarla en el margen derecho de la hoja. Se colocara la platilla de corrección (ver anexo 4) sobre ésta de modo que por los circulitos existentes en el margen izquierdo de la

plantilla aparezcan los números 1 y 25. En este momento los recuadros alargados que hay dentro de la plantilla dejarán ver los elementos pertenecientes a la primera sub escala (AA) y encima de los recuadros se encuentra la escala de puntuación (5 a 1); se contarán los puntos obtenidos por los elementos de AA. Obsérvese que no se incluyen los recuadros de la plantilla señalados con círculos y numeración 64, 65 y 66 de la base de la misma (puesto que no pertenecen a la sub escala AA). Como se indica en la parte superior de la plantilla, es necesario restar este valor de 48; es decir la puntuación directa es $AA=48 - \text{suma de puntos obtenida}$. Esta puntuación se anota en el primer recuadro del margen derecho de la hoja señalado con las siglas AA. A continuación se desliza un poco hacia abajo la plantilla hasta que por los circulitos del margen izquierdo aparezcan los números 2 y 26. En este momento los recuadros alargados dentro de la plantilla dejarán ver los elementos respuestas de la sub escala RA. Se suman los puntos obtenidos y su resultado se anota en la segunda casilla del margen derecho de la hoja RA. Una vez anotadas las puntuaciones directas de las ocho sub escalas en el margen derecho de la hoja, se procede a obtener las dos dimensiones superiores, Total positivo y total Depresivo, de la siguiente forma:

$$TP=AA + PV$$

$$TD=RA + PS + AE + PM + SC + DV$$

Luego se procede a resolver las operaciones anotadas.

El total Depresivo es la suma de las seis sub escalas primeras. El Total Positivo es la suma de las dos últimas.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas se pasa a la fase de interpretación (ver Anexo 5). En el margen derecho se ha empleado la escala típica de puntuaciones "S", su media se sitúa en el valor 50 y tiene una desviación típica de 20 puntos; por tanto el grupo promedio se encuentra entre las puntuaciones "S" 30 y 70.

3) Procedimiento. Se solicitó por escrito el permiso a la dirección de la UMF No. 25 de Jaral de Berrios, Guanajuato, se requisitará el consentimiento informado al padre o tutor del niño el cual fue firmado. El investigador residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar del la UMF No. 25 acudió en el horario previamente establecido, correctamente uniformado y portando gafete que lo identifique. Se captaran a los pacientes de entre 8 y 12 años con sobrepeso u obesidad, de acuerdo a las tablas de la OMS (ver anexo 6). El peso se tomo con ropa interior únicamente, la talla en posición de bipedestación, pegado hacia el altímetro, volteando hacia el investigador, con hombros derechos y vista al frente.

f) Análisis estadístico:

Se realizó mediante estadística descriptiva, para analizar medidas de tendencia central y tablas de frecuencias.

VIII.-RECURSOS

a) Materiales. Computadora portátil, Toshiba Satellite mod. L25-SP129, impresora, marca HP Photosmarth 2500, tinta para impresora HP 74 (negro) HP 75 (3 colores), Lápices marca berol No.2, borradores, sacapuntas, hojas blancas, calculadora, engrapadora, caja de grapas, marca textos, archivero portátil, fotocopidora, Bascula electrónica con estadímetro marca BAME modelo 427ª, Cuestionarios impresos CDS, gráficos y tablas de interpretación, Gráficos de nutrición infantil de la OMS, Consentimientos informados impresos.

b) Humanos. Un residente investigador de la especialidad de Medicina Familiar en tercer año.

c) Económicos. Serán solventados en su totalidad por el investigador.

IX.- ASPECTOS ÉTICOS.

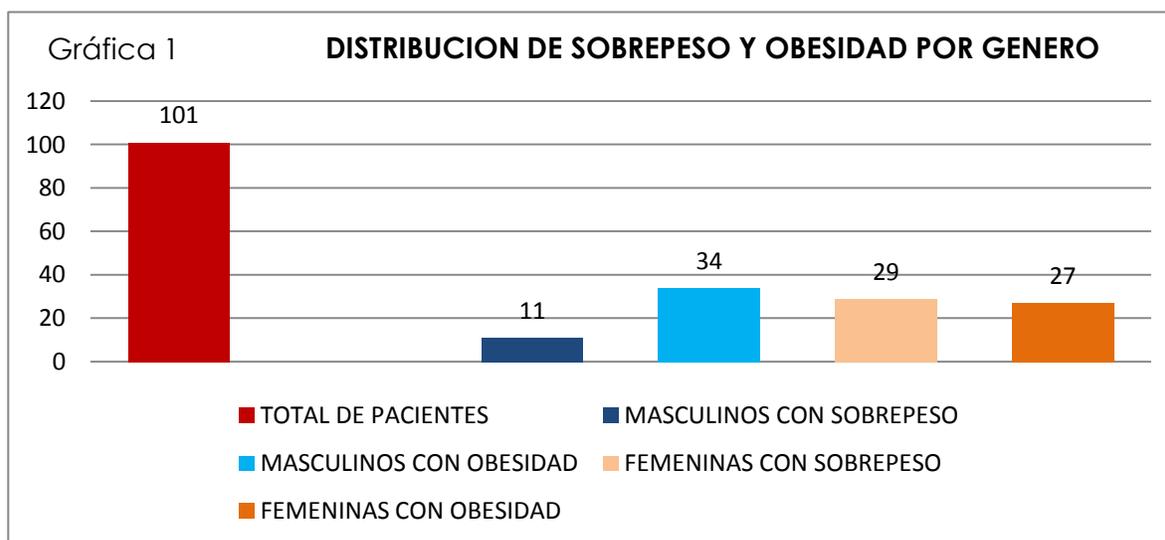
Se encuentra dentro de lo legislado en la constitución política de los estados unidos mexicanos 4to artículo, en la ley general de salud, en la declaración de Helsinki, en el código de Nuremberg y no se viola ningún derecho humano y se llevan a cabo los consentimientos informados necesarios. Además de que se cuidó la confidencialidad de los datos de los pacientes, ya que en los resultados no se darán a conocer el nombre del paciente, ni número de seguridad social. Además el presente estudio no representa en sus procedimientos ningún riesgo para la salud de los pacientes, más sin embargo va a tener el beneficio de diagnosticarse en caso de que presente depresión con sobrepeso u obesidad, y se canalizara a la instancia adecuada para recibir un tratamiento oportuno.

X.- RESULTADOS:

Se estudiaron 101 pacientes, 45 (44.6%) masculinos y 56 (55.4%) femeninos. El promedio de edad fue de 9.6 +- 1.3 años y un rango de 8 a 12 años.

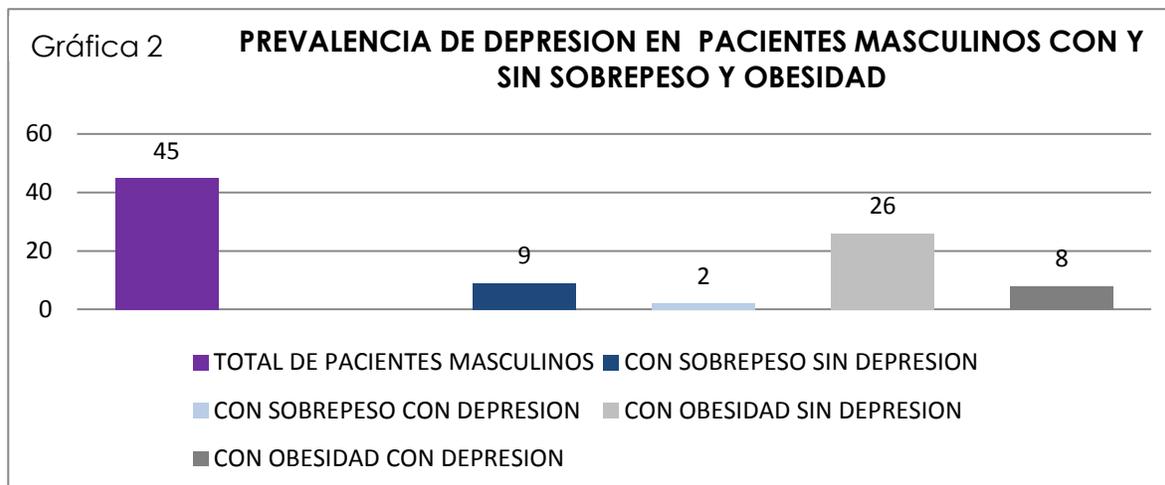
El peso promedio del grupo estudiado fue de 46.2 +- 10.6 Kg. (29.9-72), y una talla promedio de 1.41 +- 0.1 mts. (1.20-1.60). El IMC promedio de 23.1 +- 2.9 (18.1-31.2).

En la gráfica 1, se muestra la distribución de sobrepeso y obesidad por género, en ésta se observa el predominio del género masculino en el sobrepeso y del femenino en obesidad.



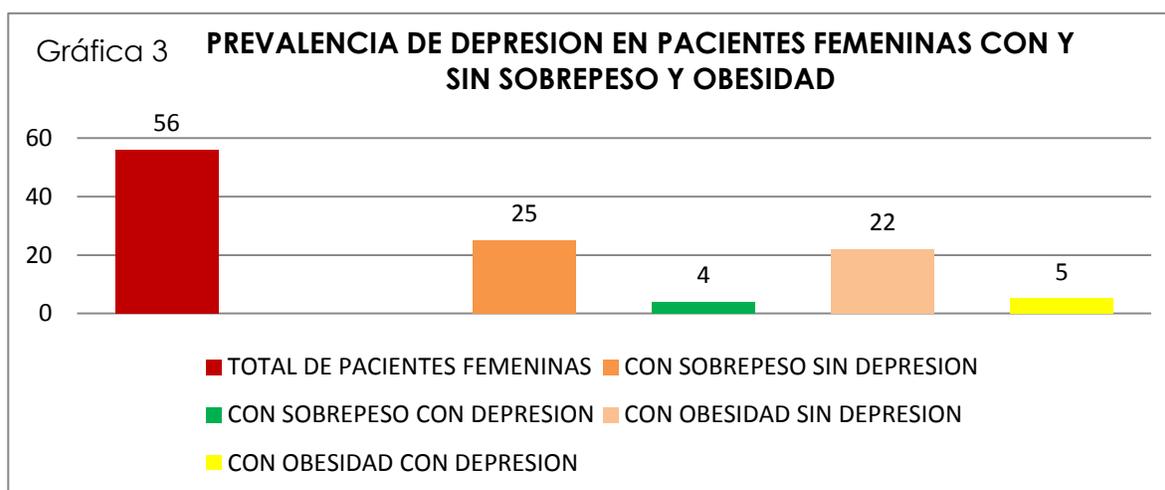
Fuente: encuesta

En la gráfica 2, se muestra la presencia de depresión en los pacientes masculinos con sobrepeso y obesidad, observándose una mayor prevalencia de depresión en pacientes con obesidad, en comparación de aquellos que tienen sobrepeso.



Fuente: encuesta

En la gráfica 3, se muestra la presencia de depresión en los pacientes femeninos con sobrepeso y obesidad, observándose una mayor prevalencia de depresión en pacientes con obesidad, en comparación de aquellos que tienen sobrepeso, al igual que en el género masculino, sin embargo la prevalencia es mayor en el femenino.



Fuente: encuesta

El cuadro 1 muestra una prevalencia del 19% para la depresión en el total de pacientes, siendo en el sexo masculino la mayor prevalencia con un 10%, predominando los pacientes de este mismo sexo que presentan obesidad, en tanto en los pacientes femeninos, se presenta la depresión con una prevalencia del 9 %, predominando las pacientes con obesidad, lo cual nos indicaría, que a mayor IMC, más predisposición a presentar depresión en este grupo de pacientes de 8 a 12 años de edad.

CUADRO 1. Prevalencia de depresión en la población estudiada.

SEXO	Prevalencia de Depresión	Prevalencia de depresión más sobrepeso.	Prevalencia de depresión más obesidad	Pacientes sin depresión
MASCULINO	10 %	1.98 %	7.92 %	34.65 %
FEMENINO	9 %	3.96 %	4.95 %	46.53 %
TOTAL	19 %	5.94 %	12.87 %	81.18 %

Fuente: encuesta

XI.- DISCUSION:

De acuerdo a un estudio realizado por Alexis Tapia S. y colaboradores en donde estudiaron adultos con sobrepeso y obesidad, mencionan una nula relación entre el IMC y síntomas depresivos, más sin embargo los resultados pueden variar, de acuerdo a la población que se estudie, no pudiendo transpolar estos resultados a la población infantil⁽²²⁾. En otro estudio hecho por Natalia de la Cruz Mendoza Puente, realizado en la zona metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León, se encontró que los infantes de 8 a 11 años de edad, con obesidad, el 96% de estos presentaban algún grado de depresión⁽²³⁾, lo cual contrasta con este estudio, en donde solo encontramos que el 12.87% de pacientes con obesidad, presentaban depresión, mas no se estadificó el grado de la misma, lo cual podría deberse al realizar el estudio en una zona rural, en donde las familias son más conservadoras y en cierta forma están más tiempo con sus hijos, no obstante deja la posibilidad para realizar estudios en un futuro en donde se estadifique el grado de depresión en la misma población.

Sin embargo, en un artículo publicado en Chile, reporta que existe un 55% de probabilidades de padecer depresión en los pacientes obesos adultos en comparación con los que no lo son⁽²⁴⁾, esto deja la posibilidad de estudiar a niños para ver si existe relación en cuanto a la prevalencia en este grupo de edades.

XII.- CONCLUSIONES:

Con este estudio, se observa que el sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 12 años de edad, no siempre es un factor detonante de depresión en los mismos, ya que se observó que predomina la depresión en pacientes con obesidad, en comparación con los de sobrepeso, y en el sexo masculino, observándose así, que a mayor IMC, mayor es el riesgo de presentar depresión en este grupo de edades.

La depresión está presente en estos pacientes con sobrepeso y obesidad. Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, se propone que los pacientes que ya tengan un sobrepeso, sean enviados al departamento de psicología, para tratar la depresión en los que éste presente, evitando así evolucionen a obesidad, quitando así los factores de riesgo que presentarían para complicaciones posteriores.

XIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Palacios R, Munguía C, Ávila A. Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (supl 5): 449-453
2. <http://www.ARTICULOS PORCENTAJE OBESIDAD\Mapfre Tepeyac.htm>
3. Chueca M, Azcona M, Oyarzabal M. J. Obesidad infantil. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (supl. 1): 127-141
4. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Boletín de práctica medica efectiva. Noviembre 2006; 1-6
5. Achor M, Benítez N, Brac E, Barslund S. Obesidad infantil. Rev de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina 2007; 168: 34-38.
6. www.who.int/childgrowth
7. Calzada-León, R. Conclusiones de la Reunión nacional de consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes. Academia Mexicana de Pediatría. V 59. agosto 2002.
8. Dalmau J, Alonso M, Gómez L, Martínez C, Sierra C. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. An Pediatr 2007; 66(supl. 3):294-304
9. Saucedo García J. Psiquiatría. Temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría AC. Mc Graw-Hill, 1998

10. Stefano Vinaccia y Cols. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child Depression Inventory –CDI-. Vol .2, No.1, 2006/ pp.217-227
11. Royo J, Trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 97-103.
12. Cohen Ronald Jay y Swerdlik Mark E. Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y la medición. Cuarta Edición. Mc Graw- Hill, 2001
13. Molina A. Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. Rev Psiquiatr Psicol. Niño y adolesc 2001, 2(1): 23-40
14. Lang M, Tisher M. Cuestionario de depresión para niños. Manual. 6ª Edición. Victoria: TEA Ediciones, 2000.
15. Aceros J. y cols. Depresión en adolescentes. Correlación entre Depresión y Rendimiento Académico en las Estudiantes de Quinto Grado de Primaria del Colegio La Santísima Trinidad. Julio del 2003 Universidad Autónoma de Bucaramanga – Fundación Internacional Alberto Merani.
16. Pérez M; Urquijo S. Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. Psicol. esc. educ. v.5 n.1 Campinas jun. 2001
17. González Cabriles, William José. Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la Parroquia Antimano – Caracas. *Revista de Ciencias Sociales (RCS) Vol. XV, No. 2, Abril - Junio 2009, pp. 235 – 244.*
18. Almudena Sánchez-Villegas, Adriano M. Pimenta, Juan Beunza, Francisco Guillen-Grima, Estefanía Toledo and Miguel A. Martinez-Gonzalez. Childhood and Young Adult Overweight/Obesity and incidence of Depression in the Sun Project. *Obesity (2009) doi: 10.1038/oby.2009.375.*

19. Ian Janssen, Wendy M. Craig, William F. Boyce and William Pickett. Associations Between Overweight and Obesity With Bullying Behaviors in School-Aged Children. *Pediatrics* 2004;113;1187-1194 DOI: 10.1542/peds.113.5.1187.
20. Samantha Dockray, Elizabeth J. Susman, Lorah D. Dorn. Depression, Cortisol Reactivity and Obesity in Childhood and Adolescence. *J. Adolescence Health*. 2009 October ; 45 (4): 344-350.
21. Lisa Y Gibson, Susan M Byrne, Elizabeth A Davis, Eve Blair, Peter Jacoby and Stephen R Zubrick. The role of family and maternal factors in childhood obesity. *MJA* • Volume 186 Number 11 • 4 June 2007.
22. Alexis Tapia S. (1,2), Lilia Masson S. (2) *Rev Chil Nutr* Vol. 33, N°2, Agosto 2006, pags: 162-169.
23. <http://www.monografias.com/trabajos59/depresion-ninos-obesos/depresion-ninos-obesos.shtml>
24. <http://www> *Gac Méd Méx* Vol. 140, Suplemento No. 2, 2004

XIV.- ANEXOS

ANEXO 1 TABLAS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 ÑOS DE EDAD POR DESVIACIONES ESTANDAR DE ACUERDO AL IMC.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



Year: Month	Month	L	M	S	Z-scores (BMI in kg/m ³)						
					-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
7: 3	87	-1.3040	15.5407	0.09176	12.3	13.2	14.3	15.5	17.1	19.2	21.9
7: 4	88	-1.3228	15.5608	0.09213	12.3	13.2	14.3	15.6	17.2	19.2	22.0
7: 5	89	-1.3414	15.5814	0.09251	12.3	13.2	14.3	15.6	17.2	19.3	22.0
7: 6	90	-1.3596	15.6023	0.09289	12.3	13.2	14.3	15.6	17.2	19.3	22.1
7: 7	91	-1.3776	15.6237	0.09327	12.3	13.2	14.3	15.6	17.3	19.4	22.2
7: 8	92	-1.3953	15.6455	0.09366	12.3	13.2	14.3	15.6	17.3	19.4	22.4
7: 9	93	-1.4126	15.6677	0.09406	12.4	13.3	14.3	15.7	17.3	19.5	22.5
7:10	94	-1.4297	15.6903	0.09445	12.4	13.3	14.4	15.7	17.4	19.6	22.6
7:11	95	-1.4464	15.7133	0.09486	12.4	13.3	14.4	15.7	17.4	19.6	22.7
8: 0	96	-1.4629	15.7368	0.09526	12.4	13.3	14.4	15.7	17.4	19.7	22.8
8: 1	97	-1.4790	15.7606	0.09567	12.4	13.3	14.4	15.8	17.5	19.7	22.9
8: 2	98	-1.4947	15.7848	0.09609	12.4	13.3	14.4	15.8	17.5	19.8	23.0
8: 3	99	-1.5101	15.8094	0.09651	12.4	13.3	14.4	15.8	17.5	19.9	23.1
8: 4	100	-1.5252	15.8344	0.09693	12.4	13.4	14.5	15.8	17.6	19.9	23.3
8: 5	101	-1.5399	15.8597	0.09735	12.5	13.4	14.5	15.9	17.6	20.0	23.4
8: 6	102	-1.5542	15.8855	0.09778	12.5	13.4	14.5	15.9	17.7	20.1	23.5
8: 7	103	-1.5681	15.9116	0.09821	12.5	13.4	14.5	15.9	17.7	20.1	23.6
8: 8	104	-1.5817	15.9381	0.09864	12.5	13.4	14.5	15.9	17.7	20.2	23.8
8: 9	105	-1.5948	15.9651	0.09907	12.5	13.4	14.6	16.0	17.8	20.3	23.9
8:10	106	-1.6076	15.9925	0.09951	12.5	13.5	14.6	16.0	17.8	20.3	24.0
8:11	107	-1.6199	16.0205	0.09994	12.5	13.5	14.6	16.0	17.9	20.4	24.2
9: 0	108	-1.6318	16.0490	0.10038	12.6	13.5	14.6	16.0	17.9	20.5	24.3
9: 1	109	-1.6433	16.0781	0.10082	12.6	13.5	14.6	16.1	18.0	20.5	24.4
9: 2	110	-1.6544	16.1078	0.10126	12.6	13.5	14.7	16.1	18.0	20.6	24.6
9: 3	111	-1.6651	16.1381	0.10170	12.6	13.5	14.7	16.1	18.0	20.7	24.7

2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ³)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
9: 4	112	-1.6753	16.1692	0.10214	13.2	13.7	13.9	14.7	15.1	16.2	17.4	18.2	19.7	20.4	21.9
9: 5	113	-1.6851	16.2009	0.10259	13.3	13.7	14.0	14.7	15.2	16.2	17.4	18.2	19.8	20.5	22.0
9: 6	114	-1.6944	16.2333	0.10303	13.3	13.7	14.0	14.7	15.2	16.2	17.5	18.3	19.8	20.5	22.1
9: 7	115	-1.7032	16.2665	0.10347	13.3	13.8	14.0	14.7	15.2	16.3	17.5	18.3	19.9	20.6	22.2
9: 8	116	-1.7116	16.3004	0.10391	13.3	13.8	14.0	14.8	15.3	16.3	17.6	18.4	20.0	20.7	22.3
9: 9	117	-1.7196	16.3351	0.10435	13.3	13.8	14.1	14.8	15.3	16.3	17.6	18.4	20.0	20.8	22.4
9:10	118	-1.7271	16.3704	0.10478	13.4	13.8	14.1	14.8	15.3	16.4	17.7	18.5	20.1	20.8	22.5
9:11	119	-1.7341	16.4065	0.10522	13.4	13.8	14.1	14.8	15.3	16.4	17.7	18.5	20.2	20.9	22.6
10: 0	120	-1.7407	16.4433	0.10566	13.4	13.9	14.1	14.9	15.4	16.4	17.7	18.6	20.2	21.0	22.7
10: 1	121	-1.7468	16.4807	0.10609	13.4	13.9	14.2	14.9	15.4	16.5	17.8	18.6	20.3	21.1	22.8
10: 2	122	-1.7525	16.5189	0.10652	13.4	13.9	14.2	14.9	15.4	16.5	17.8	18.7	20.4	21.1	22.9
10: 3	123	-1.7578	16.5578	0.10695	13.5	13.9	14.2	15.0	15.5	16.6	17.9	18.7	20.4	21.2	23.0
10: 4	124	-1.7626	16.5974	0.10738	13.5	14.0	14.2	15.0	15.5	16.6	17.9	18.8	20.5	21.3	23.1
10: 5	125	-1.7670	16.6376	0.10780	13.5	14.0	14.3	15.0	15.5	16.6	18.0	18.8	20.6	21.4	23.2
10: 6	126	-1.7710	16.6786	0.10823	13.5	14.0	14.3	15.1	15.6	16.7	18.0	18.9	20.7	21.5	23.3
10: 7	127	-1.7745	16.7203	0.10865	13.6	14.0	14.3	15.1	15.6	16.7	18.1	19.0	20.7	21.6	23.4
10: 8	128	-1.7777	16.7628	0.10906	13.6	14.1	14.3	15.1	15.6	16.8	18.1	19.0	20.8	21.6	23.5
10: 9	129	-1.7804	16.8059	0.10948	13.6	14.1	14.4	15.2	15.7	16.8	18.2	19.1	20.9	21.7	23.6
10:10	130	-1.7828	16.8497	0.10989	13.6	14.1	14.4	15.2	15.7	16.9	18.2	19.1	21.0	21.8	23.7
10:11	131	-1.7847	16.8941	0.11030	13.7	14.2	14.4	15.2	15.8	16.9	18.3	19.2	21.0	21.9	23.8
11: 0	132	-1.7862	16.9392	0.11070	13.7	14.2	14.5	15.3	15.8	16.9	18.4	19.3	21.1	22.0	23.9
11: 1	133	-1.7873	16.9850	0.11110	13.7	14.2	14.5	15.3	15.8	17.0	18.4	19.3	21.2	22.1	24.0
11: 2	134	-1.7881	17.0314	0.11150	13.8	14.3	14.5	15.3	15.9	17.0	18.5	19.4	21.3	22.2	24.1
11: 3	135	-1.7884	17.0784	0.11189	13.8	14.3	14.6	15.4	15.9	17.1	18.5	19.4	21.4	22.2	24.2

2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (percentiles)



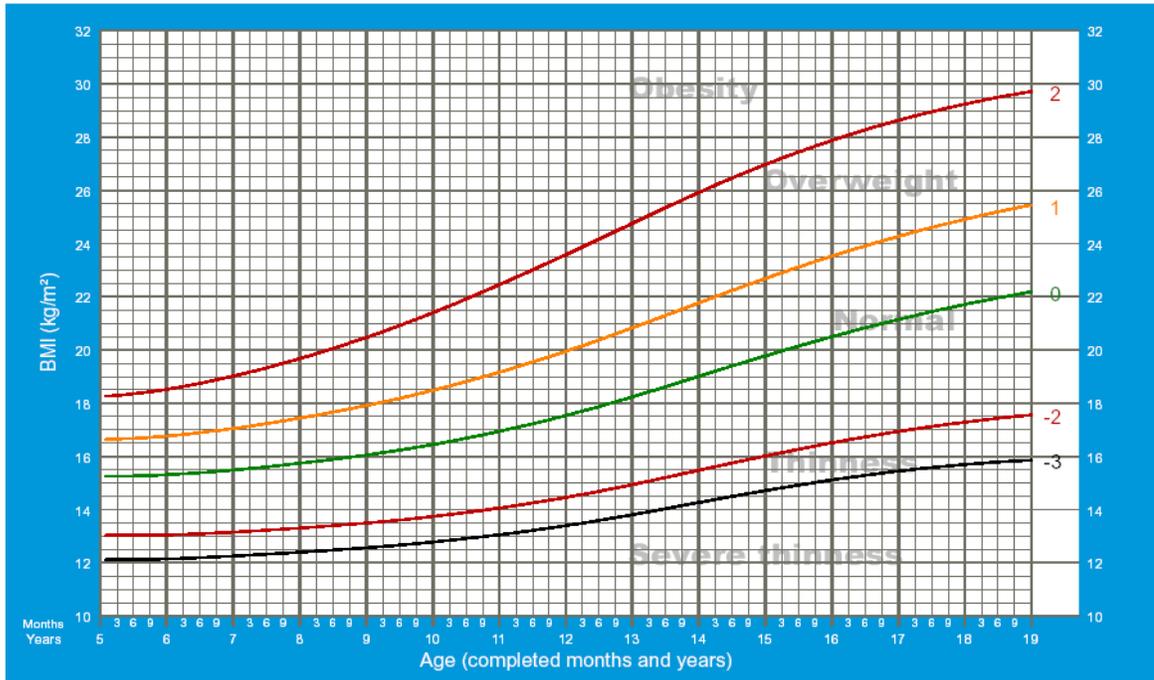
Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ³)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
11: 4	136	-1.7884	17.1262	0.11228	13.8	14.3	14.6	15.4	16.0	17.1	18.6	19.5	21.4	22.3	24.4
11: 5	137	-1.7880	17.1746	0.11266	13.9	14.4	14.6	15.4	16.0	17.2	18.6	19.6	21.5	22.4	24.5
11: 6	138	-1.7873	17.2236	0.11304	13.9	14.4	14.7	15.5	16.0	17.2	18.7	19.6	21.6	22.5	24.6
11: 7	139	-1.7861	17.2734	0.11342	13.9	14.4	14.7	15.5	16.1	17.3	18.8	19.7	21.7	22.6	24.7
11: 8	140	-1.7846	17.3240	0.11379	13.9	14.5	14.7	15.6	16.1	17.3	18.8	19.8	21.8	22.7	24.8
11: 9	141	-1.7828	17.3752	0.11415	14.0	14.5	14.8	15.6	16.2	17.4	18.9	19.8	21.8	22.8	24.9
11:10	142	-1.7806	17.4272	0.11451	14.0	14.5	14.8	15.6	16.2	17.4	18.9	19.9	21.9	22.9	25.0
11:11	143	-1.7780	17.4799	0.11487	14.0	14.6	14.9	15.7	16.3	17.5	19.0	20.0	22.0	23.0	25.1
12: 0	144	-1.7751	17.5334	0.11522	14.1	14.6	14.9	15.7	16.3	17.5	19.1	20.1	22.1	23.1	25.2
12: 1	145	-1.7719	17.5877	0.11556	14.1	14.6	14.9	15.8	16.3	17.6	19.1	20.1	22.2	23.1	25.3
12: 2	146	-1.7684	17.6427	0.11590	14.2	14.7	15.0	15.8	16.4	17.6	19.2	20.2	22.3	23.2	25.4
12: 3	147	-1.7645	17.6985	0.11623	14.2	14.7	15.0	15.9	16.4	17.7	19.3	20.3	22.3	23.3	25.6
12: 4	148	-1.7604	17.7551	0.11656	14.2	14.8	15.1	15.9	16.5	17.8	19.3	20.3	22.4	23.4	25.7
12: 5	149	-1.7559	17.8124	0.11688	14.3	14.8	15.1	16.0	16.5	17.8	19.4	20.4	22.5	23.5	25.8
12: 6	150	-1.7511	17.8704	0.11720	14.3	14.8	15.1	16.0	16.6	17.9	19.5	20.5	22.6	23.6	25.9
12: 7	151	-1.7461	17.9292	0.11751	14.3	14.9	15.2	16.1	16.6	17.9	19.5	20.6	22.7	23.7	26.0
12: 8	152	-1.7408	17.9887	0.11781	14.4	14.9	15.2	16.1	16.7	18.0	19.6	20.6	22.8	23.8	26.1
12: 9	153	-1.7352	18.0488	0.11811	14.4	15.0	15.3	16.2	16.8	18.0	19.7	20.7	22.9	23.9	26.2
12:10	154	-1.7293	18.1096	0.11841	14.5	15.0	15.3	16.2	16.8	18.1	19.7	20.8	23.0	24.0	26.3
12:11	155	-1.7232	18.1710	0.11869	14.5	15.0	15.4	16.3	16.9	18.2	19.8	20.9	23.1	24.1	26.4
13: 0	156	-1.7168	18.2330	0.11898	14.5	15.1	15.4	16.3	16.9	18.2	19.9	20.9	23.1	24.2	26.5
13: 1	157	-1.7102	18.2955	0.11925	14.6	15.1	15.4	16.4	17.0	18.3	19.9	21.0	23.2	24.3	26.7
13: 2	158	-1.7033	18.3586	0.11952	14.6	15.2	15.5	16.4	17.0	18.4	20.0	21.1	23.3	24.4	26.8
13: 3	159	-1.6962	18.4221	0.11979	14.7	15.2	15.5	16.5	17.1	18.4	20.1	21.2	23.4	24.5	26.9

2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
7: 3	87	-1.2941	15.4593	0.10883	12.4	12.9	13.2	13.9	14.4	15.5	16.7	17.5	19.0	19.6	21.0
7: 4	88	-1.3060	15.4798	0.10929	12.4	12.9	13.2	13.9	14.4	15.5	16.7	17.5	19.0	19.7	21.1
7: 5	89	-1.3175	15.5014	0.10974	12.4	12.9	13.2	13.9	14.4	15.5	16.8	17.5	19.1	19.7	21.2
7: 6	90	-1.3287	15.5240	0.11020	12.5	12.9	13.2	14.0	14.5	15.5	16.8	17.6	19.1	19.8	21.2
7: 7	91	-1.3395	15.5476	0.11065	12.5	12.9	13.2	14.0	14.5	15.5	16.8	17.6	19.2	19.8	21.3
7: 8	92	-1.3499	15.5723	0.11110	12.5	13.0	13.2	14.0	14.5	15.6	16.9	17.6	19.2	19.9	21.4
7: 9	93	-1.3600	15.5979	0.11156	12.5	13.0	13.2	14.0	14.5	15.6	16.9	17.7	19.3	20.0	21.5
7:10	94	-1.3697	15.6246	0.11201	12.5	13.0	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.7	19.3	20.0	21.6
7:11	95	-1.3790	15.6523	0.11246	12.5	13.0	13.3	14.0	14.6	15.7	17.0	17.8	19.4	20.1	21.7
8: 0	96	-1.3880	15.6810	0.11291	12.5	13.0	13.3	14.1	14.6	15.7	17.0	17.8	19.4	20.2	21.7
8: 1	97	-1.3966	15.7107	0.11335	12.6	13.0	13.3	14.1	14.6	15.7	17.0	17.9	19.5	20.2	21.8
8: 2	98	-1.4047	15.7415	0.11380	12.6	13.1	13.3	14.1	14.6	15.7	17.1	17.9	19.6	20.3	21.9
8: 3	99	-1.4125	15.7732	0.11424	12.6	13.1	13.4	14.1	14.7	15.8	17.1	18.0	19.6	20.4	22.0
8: 4	100	-1.4199	15.8058	0.11469	12.6	13.1	13.4	14.2	14.7	15.8	17.2	18.0	19.7	20.4	22.1
8: 5	101	-1.4270	15.8394	0.11513	12.6	13.1	13.4	14.2	14.7	15.8	17.2	18.1	19.8	20.5	22.2
8: 6	102	-1.4336	15.8738	0.11557	12.6	13.1	13.4	14.2	14.7	15.9	17.2	18.1	19.8	20.6	22.3
8: 7	103	-1.4398	15.9090	0.11601	12.7	13.2	13.4	14.2	14.8	15.9	17.3	18.2	19.9	20.7	22.4
8: 8	104	-1.4456	15.9451	0.11644	12.7	13.2	13.5	14.3	14.8	15.9	17.3	18.2	20.0	20.7	22.5
8: 9	105	-1.4511	15.9818	0.11688	12.7	13.2	13.5	14.3	14.8	16.0	17.4	18.3	20.0	20.8	22.6
8:10	106	-1.4561	16.0194	0.11731	12.7	13.2	13.5	14.3	14.9	16.0	17.4	18.3	20.1	20.9	22.7
8:11	107	-1.4607	16.0575	0.11774	12.8	13.3	13.5	14.4	14.9	16.1	17.5	18.4	20.2	21.0	22.8
9: 0	108	-1.4650	16.0964	0.11816	12.8	13.3	13.6	14.4	14.9	16.1	17.5	18.4	20.2	21.1	22.9
9: 1	109	-1.4688	16.1358	0.11859	12.8	13.3	13.6	14.4	15.0	16.1	17.6	18.5	20.3	21.1	23.0
9: 2	110	-1.4723	16.1759	0.11901	12.8	13.3	13.6	14.4	15.0	16.2	17.6	18.5	20.4	21.2	23.1
9: 3	111	-1.4753	16.2166	0.11943	12.8	13.4	13.6	14.5	15.0	16.2	17.7	18.6	20.5	21.3	23.2

2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
9: 4	112	-1.4780	16.2580	0.11985	12.9	13.4	13.7	14.5	15.1	16.3	17.7	18.7	20.5	21.4	23.3
9: 5	113	-1.4803	16.2999	0.12026	12.9	13.4	13.7	14.5	15.1	16.3	17.8	18.7	20.6	21.5	23.4
9: 6	114	-1.4823	16.3425	0.12067	12.9	13.4	13.7	14.6	15.1	16.3	17.8	18.8	20.7	21.6	23.5
9: 7	115	-1.4838	16.3858	0.12108	13.0	13.5	13.8	14.6	15.2	16.4	17.9	18.8	20.7	21.6	23.6
9: 8	116	-1.4850	16.4298	0.12148	13.0	13.5	13.8	14.6	15.2	16.4	17.9	18.9	20.8	21.7	23.7
9: 9	117	-1.4859	16.4746	0.12188	13.0	13.5	13.8	14.7	15.2	16.5	18.0	18.9	20.9	21.8	23.8
9:10	118	-1.4864	16.5200	0.12228	13.0	13.6	13.9	14.7	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0	21.9	23.9
9:11	119	-1.4866	16.5663	0.12268	13.1	13.6	13.9	14.7	15.3	16.6	18.1	19.1	21.1	22.0	24.0
10: 0	120	-1.4864	16.6133	0.12307	13.1	13.6	13.9	14.8	15.4	16.6	18.2	19.1	21.1	22.1	24.1
10: 1	121	-1.4859	16.6612	0.12346	13.1	13.6	14.0	14.8	15.4	16.7	18.2	19.2	21.2	22.2	24.2
10: 2	122	-1.4851	16.7100	0.12384	13.1	13.7	14.0	14.9	15.4	16.7	18.3	19.3	21.3	22.2	24.3
10: 3	123	-1.4839	16.7595	0.12422	13.2	13.7	14.0	14.9	15.5	16.8	18.3	19.3	21.4	22.3	24.4
10: 4	124	-1.4825	16.8100	0.12460	13.2	13.7	14.1	14.9	15.5	16.8	18.4	19.4	21.5	22.4	24.6
10: 5	125	-1.4807	16.8614	0.12497	13.2	13.8	14.1	15.0	15.6	16.9	18.5	19.5	21.5	22.5	24.7
10: 6	126	-1.4787	16.9136	0.12534	13.3	13.8	14.1	15.0	15.6	16.9	18.5	19.5	21.6	22.6	24.8
10: 7	127	-1.4763	16.9667	0.12571	13.3	13.9	14.2	15.1	15.7	17.0	18.6	19.6	21.7	22.7	24.9
10: 8	128	-1.4737	17.0208	0.12607	13.3	13.9	14.2	15.1	15.7	17.0	18.6	19.7	21.8	22.8	25.0
10: 9	129	-1.4708	17.0757	0.12643	13.4	13.9	14.2	15.1	15.8	17.1	18.7	19.8	21.9	22.9	25.1
10:10	130	-1.4677	17.1316	0.12678	13.4	14.0	14.3	15.2	15.8	17.1	18.8	19.8	22.0	23.0	25.2
10:11	131	-1.4642	17.1883	0.12713	13.4	14.0	14.3	15.2	15.9	17.2	18.8	19.9	22.1	23.1	25.3
11: 0	132	-1.4606	17.2459	0.12748	13.5	14.0	14.4	15.3	15.9	17.2	18.9	20.0	22.2	23.2	25.4
11: 1	133	-1.4567	17.3044	0.12782	13.5	14.1	14.4	15.3	16.0	17.3	19.0	20.0	22.2	23.3	25.6
11: 2	134	-1.4526	17.3637	0.12816	13.6	14.1	14.4	15.4	16.0	17.4	19.0	20.1	22.3	23.4	25.7
11: 3	135	-1.4482	17.4238	0.12849	13.6	14.2	14.5	15.4	16.1	17.4	19.1	20.2	22.4	23.5	25.8

2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)



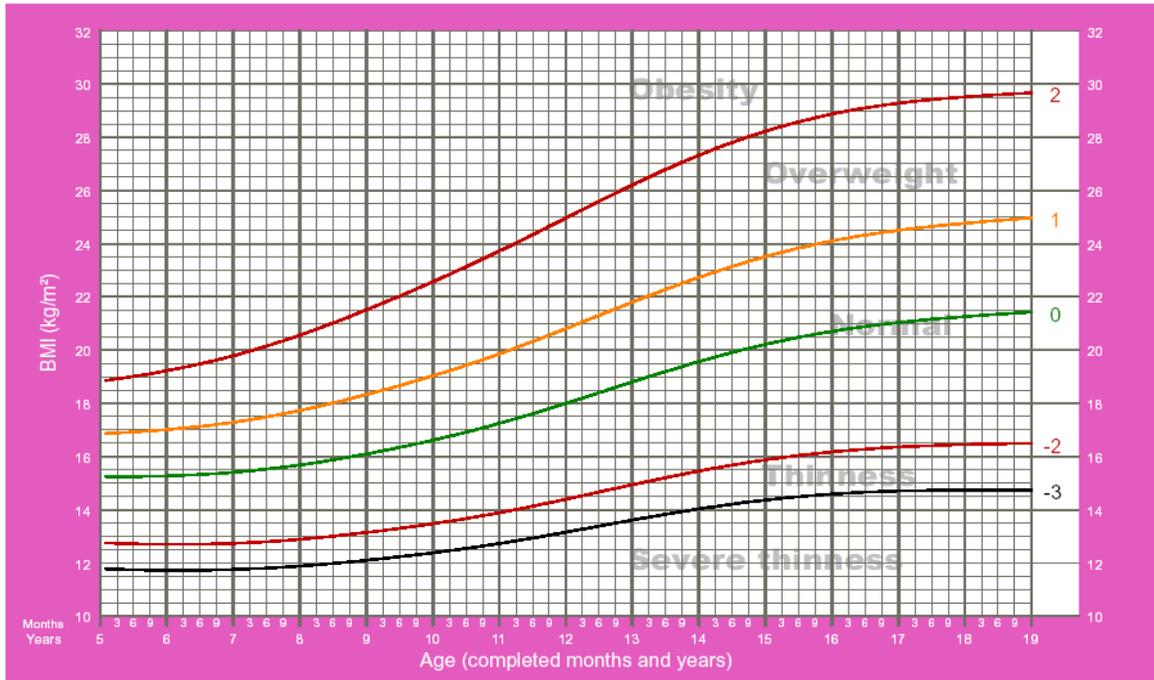
Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ³)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
11: 4	136	-1.4436	17.4847	0.12882	13.6	14.2	14.5	15.5	16.1	17.5	19.2	20.3	22.5	23.6	25.9
11: 5	137	-1.4389	17.5464	0.12914	13.7	14.2	14.6	15.5	16.2	17.5	19.3	20.4	22.6	23.7	26.0
11: 6	138	-1.4339	17.6088	0.12946	13.7	14.3	14.6	15.6	16.2	17.6	19.3	20.4	22.7	23.8	26.1
11: 7	139	-1.4288	17.6719	0.12978	13.7	14.3	14.7	15.6	16.3	17.7	19.4	20.5	22.8	23.9	26.2
11: 8	140	-1.4235	17.7357	0.13009	13.8	14.4	14.7	15.7	16.3	17.7	19.5	20.6	22.9	24.0	26.4
11: 9	141	-1.4180	17.8001	0.13040	13.8	14.4	14.8	15.7	16.4	17.8	19.6	20.7	23.0	24.1	26.5
11:10	142	-1.4123	17.8651	0.13070	13.9	14.5	14.8	15.8	16.4	17.9	19.6	20.8	23.1	24.2	26.6
11:11	143	-1.4065	17.9306	0.13099	13.9	14.5	14.9	15.8	16.5	17.9	19.7	20.8	23.2	24.3	26.7
12: 0	144	-1.4006	17.9966	0.13129	14.0	14.6	14.9	15.9	16.6	18.0	19.8	20.9	23.3	24.4	26.8
12: 1	145	-1.3945	18.0630	0.13158	14.0	14.6	15.0	15.9	16.6	18.1	19.9	21.0	23.4	24.5	26.9
12: 2	146	-1.3883	18.1297	0.13186	14.0	14.7	15.0	16.0	16.7	18.1	19.9	21.1	23.5	24.6	27.0
12: 3	147	-1.3819	18.1967	0.13214	14.1	14.7	15.0	16.1	16.7	18.2	20.0	21.2	23.6	24.7	27.2
12: 4	148	-1.3755	18.2639	0.13241	14.1	14.7	15.1	16.1	16.8	18.3	20.1	21.3	23.7	24.8	27.3
12: 5	149	-1.3689	18.3312	0.13268	14.2	14.8	15.1	16.2	16.8	18.3	20.2	21.3	23.8	24.9	27.4
12: 6	150	-1.3621	18.3986	0.13295	14.2	14.8	15.2	16.2	16.9	18.4	20.2	21.4	23.9	25.0	27.5
12: 7	151	-1.3553	18.4660	0.13321	14.3	14.9	15.2	16.3	17.0	18.5	20.3	21.5	23.9	25.1	27.6
12: 8	152	-1.3483	18.5333	0.13347	14.3	14.9	15.3	16.3	17.0	18.5	20.4	21.6	24.0	25.2	27.7
12: 9	153	-1.3413	18.6006	0.13372	14.3	15.0	15.3	16.4	17.1	18.6	20.5	21.7	24.1	25.3	27.8
12:10	154	-1.3341	18.6677	0.13397	14.4	15.0	15.4	16.4	17.1	18.7	20.6	21.8	24.2	25.4	27.9
12:11	155	-1.3269	18.7346	0.13421	14.4	15.1	15.4	16.5	17.2	18.7	20.6	21.8	24.3	25.5	28.0
13: 0	156	-1.3195	18.8012	0.13445	14.5	15.1	15.5	16.5	17.3	18.8	20.7	21.9	24.4	25.6	28.1
13: 1	157	-1.3121	18.8675	0.13469	14.5	15.2	15.5	16.6	17.3	18.9	20.8	22.0	24.5	25.7	28.2
13: 2	158	-1.3046	18.9335	0.13492	14.6	15.2	15.6	16.7	17.4	18.9	20.9	22.1	24.6	25.8	28.4
13: 3	159	-1.2970	18.9991	0.13514	14.6	15.3	15.6	16.7	17.4	19.0	20.9	22.2	24.7	25.9	28.5

2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

WHO Child Growth Standards, mLength/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development, Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 2007.

ANEXO 2 CUESTIONARIO CDS

**CDS CUESTIONARIO DE
DEPRESION PARA NIÑOS**
Forma individual



Copyright © 1983, by TEA Ediciones, S. A. -
Adaptación con permiso de A. C. E. R.,
Victoria (Australia) - Copyright © 1978. -
Prohibida la reproducción total o parcial. -
Edita: TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernar-
dino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Imprime:
Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpto.; Ma-
drid 2 - Depósito legal: M.-5.513 -1982.

+ +
**Muy
de acuerdo**

+
**De
acuerdo**

+ / -
**No estoy
seguro**

-
**En
desacuerdo**

- -
**Muy en
desacuerdo**

Me siento alegre la mayor parte
del tiempo.

Muchas veces me siento desgra-
ciado en el colegio.

A menudo pienso que nadie se pre-
ocupa por mí.

1 AA

2 RA

3 PS

A menudo creo que valgo poco.

Me despierto a menudo durante la
noche.

Pienso muchas veces que dejo en
mal lugar a mi madre/padre.

4 AE

5 PM

6 SC

Creo que se sufre mucho en la vida.

Me siento orgulloso de la mayoría
de las cosas que hago.

Siempre creo que el día siguiente
será mejor.

7 DV

8 PV

9 AA

A veces me gustaría estar ya
muerto.

Me siento solo muchas veces.

Frecuentemente estoy descontento
conmigo mismo.

10 RA

11 PS

12 AE

	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.		A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.		Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
13	PM	14	SC	15	DV
	Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.		Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.		Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
16	PV	17	AA	18	RA
	A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.		Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.		La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
19	PS	20	AE	21	PM
	A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.		Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.		En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
22	SC	23	DV	24	PV
	Me divierto con las cosas que hago.		Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.		Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
25	AA	26	RA	27	PS
	A menudo me odio a mi mismo.		Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.		Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
28	AE	29	PM	30	SC

A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.	Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.	Casi siempre lo paso bien en el colegio.
---	--	--

31	DV	32	PV	33	AA
----	----	----	----	----	----

A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.	A menudo me avergüenzo de mí mismo.
---	--	-------------------------------------

34	RA	35	PS	36	AE
----	----	----	----	----	----

Muchas veces me siento muerto por dentro.	A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.	A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
---	---	---

37	PM	38	SC	39	DV
----	----	----	----	----	----

Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mí.	Soy una persona muy feliz.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
---	----------------------------	--

40	PV	41	AA	42	RA
----	----	----	----	----	----

Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.	A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.	Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.
---	--	--

43	PS	44	AE	45	PM
----	----	----	----	----	----

Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.	A veces sueño que tengo un accidente o me muero.	Pienso que no es nada malo enfadarse.
--	--	---------------------------------------

46	SC	47	DV	48	PV
----	----	----	----	----	----

	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.		Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.		A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
49	AA	50		RA	51 PS
	Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.		A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.		A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
52	AE	53		PM	54 SC
	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.		Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.		Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
55	DV	56		PV	57 AA
	Creo que mi vida es desgraciada.		Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.		La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
58	RA	59		PS	60 AE
	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.		Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.		Tengo muchos amigos.
61	SC	62		DV	63 PV
	Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.		Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.		A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.
64	PV	65		PV	66 DV

ANEXO 3 HOJA DE RESPUESTAS

N.º 122

CDS Hoja de respuestas

Apellidos y nombre
 Curso Edad Sexo (V. o M.) Fecha
 Centro

++	Muy de acuerdo
+	De acuerdo
+/-	No estoy seguro
-	En desacuerdo
--	Muy en desacuerdo

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--		++	+	+/-	-	--	PD
1...	<input type="radio"/>	33...	<input type="radio"/>	AA								
2...	<input type="radio"/>	34...	<input type="radio"/>	RA								
3...	<input type="radio"/>	35...	<input type="radio"/>	PS								
4...	<input type="radio"/>	36...	<input type="radio"/>	AE								
5...	<input type="radio"/>	37...	<input type="radio"/>	PM								
6...	<input type="radio"/>	38...	<input type="radio"/>	SC								
7...	<input type="radio"/>	39...	<input type="radio"/>	DV								
8...	<input type="radio"/>	40...	<input type="radio"/>	PV								
												TP
												TD
9...	<input type="radio"/>	41...	<input type="radio"/>									
10...	<input type="radio"/>	42...	<input type="radio"/>									
11...	<input type="radio"/>	43...	<input type="radio"/>									
12...	<input type="radio"/>	44...	<input type="radio"/>									
13...	<input type="radio"/>	45...	<input type="radio"/>									
14...	<input type="radio"/>	46...	<input type="radio"/>									
15...	<input type="radio"/>	47...	<input type="radio"/>									
16...	<input type="radio"/>	48...	<input type="radio"/>									
17...	<input type="radio"/>	49...	<input type="radio"/>									
18...	<input type="radio"/>	50...	<input type="radio"/>									
19...	<input type="radio"/>	51...	<input type="radio"/>									
20...	<input type="radio"/>	52...	<input type="radio"/>									
21...	<input type="radio"/>	53...	<input type="radio"/>									
22...	<input type="radio"/>	54...	<input type="radio"/>									
23...	<input type="radio"/>	55...	<input type="radio"/>									
24...	<input type="radio"/>	56...	<input type="radio"/>									
25...	<input type="radio"/>	57...	<input type="radio"/>									
26...	<input type="radio"/>	58...	<input type="radio"/>									
27...	<input type="radio"/>	59...	<input type="radio"/>									
28...	<input type="radio"/>	60...	<input type="radio"/>									
29...	<input type="radio"/>	61...	<input type="radio"/>									
30...	<input type="radio"/>	62...	<input type="radio"/>									
31...	<input type="radio"/>	63...	<input type="radio"/>									
32...	<input type="radio"/>	64...	<input type="radio"/>									
						65...	<input type="radio"/>					
						66...	<input type="radio"/>					



Fray
is los
ra, es
ted in
legal.

ANEXO 4 PLANTILLA DE CORRECCION

N.º 122

CDS

PLANTILLA DE CORRECCION

PD = Suma de puntos en la escala, excepto en:

AA = 48 — suma de puntos

PV = 60 — suma de puntos

1 Escalas: { 1 - AA 3 - PS 5 - PM 7 - DV TP = 1 + 8 TD = 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7
 2 - RA 4 - AE 6 - SC 8 - PV

Esta plantilla contiene la clave de la prueba. Guárdela de forma que no sea vista por otras personas.

CONFIDENCIAL

5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
[]	[]
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
[]	[]
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
[]	[]
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
[]	[]
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
[]	[]
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
[]	[]

25
26
27
28
29
30
31
32

Sólo para los 64
 3 últimos elementos 65
 66



Copyright © 1983, by TEA Ediciones, S. A. - Adaptado con permiso de A. C. E. R. Victoria (Australia) - Copyright © 1978 - Todos los derechos reservados - Edita: TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 Madrid - Depósito legal: M.-3.497-1983.

ANEXO 5 PUNTUACIONES DIRECTAS

Tabla 10. BAREMOS, muestra general de tipificación, 8-15 años, varones y mujeres

Centiles	PUNTUACIONES DIRECTAS										Decatipos
	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TD	TP	
99	29-40	34-40	36-40	37-40	32-35	39-40	43-45	36-50	208-240	63-90	10
97	26	32	33	35	30	38	41	34	190-193	57	9
96	-	31	32	34	29	37	-	33	187-189	56	9
95	25	30	31	33	28	36	40	32	184-186	55	9
90	24	28	30	31	27	34	38	30	174	51	8
85	22	26	28	29	25	32	37	28	167	48	8
80	21	25	27	28	24	31	36	27	161	47	7
75	20	23	-	26	-	30	35	-	156	45	7
70	-	22	25	25	22	29	34	25	152	44	7
65	19	21	24	-	21	-	-	-	148	43	6
60	-	20	23	24	20	28	33	24	145	42	6
55	-	19	22	23	-	27	32	23	142	41	6
50	18	18	21	22	19	26	31	22	136	40	6
45	17	-	20	-	18	25	-	-	134	39	5
40	-	17	19	21	-	24	30	21	130	37	5
35	16	16	18	20	17	-	29	20	127	36	5
30	15	15	17	19	16	23	28	-	123	35	4
25	-	-	-	18	-	22	-	19	119	-	4
20	14	-	15	17	-	21	26	18	114	33	4
15	13	13	14	16	14	20	25	17	109	32	3
10	12	11	13	14	12	18	23	16	102	30	3
5	11	10	11	12	11	16	22	15	94	28	2
4	10	9	10	11	10	15	21	14	93	27	2
1	0-9	0-8	0-8	0-9	0-9	0-11	0-16	0-12	0-75	0-22	1
N	843	843	843	843	843	843	812	819	812	819	N
M	17,48	19,05	21,01	22,45	19,21	25,97	30,99	22,51	138,51	40,01	M
Dt	4,37	6,11	6,24	6,21	5,24	5,98	5,60	5,26	27,79	8,28	Dt

ANEXO 6
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

LUGAR Y FECHA: _____

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ESCOLARES DE 8 A 12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA UMF No. 25.”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud No.

El objetivo del estudio es identificar la prevalencia de depresión en escolares de 8 a 12 años de edad y establecer su relación con, sobrepeso y obesidad.

Se me ha explicado que la participación de mi hijo consistirá en que se le realice una toma de peso y talla y en contestar un cuestionario que evalúa la depresión, de manera voluntaria.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio y que no representa ningún riesgo para mi salud ni la de mi hijo.

El investigador se compromete a aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o participaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

TESTIGO

TESTIGO