

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Regulación emocional en niños escolares de 6 a 12 años con trastornos depresivos que asisten a escuelas primarias públicas de la zona poniente de la Ciudad de México

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Indira Indiana Cabrera Abud

TUTORA:

Dra. Silvia Ortiz León

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Indira Indiana Cabrera Abud.

Correo electrónico: indira_ica@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Silvia Ortiz León.

Correo electrónico: dra_silviaortiz@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM.

Nombre de los asesores:

Dra. Armida Granados Rojas.

Correo electrónico: thegardiro@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Mta. Aurora Jaimes Medrano.

Correo electrónico: aurorajaimes@gmail.com

Institución donde labora: Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM

Dra. Ana Carolina Rodríguez Machain.

Correo electrónico: anacaro@outlook.com

Institución donde labora: Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM

RESUMEN

Antecedentes: La regulación emocional es un conjunto de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente en sus características de intensidad y temporalidad que acompañan a los objetivos del individuo; los niños y adolescentes con trastornos depresivos presentan alteraciones en dichos procesos, los síntomas depresivos se han relacionado con experimentar gran labilidad e intensidad de la tristeza, la ira y la ansiedad. Existen diversos instrumentos para evaluar la regulación emocional: La Emotion Regulation Checklist for Adolescents (ERICA) es un instrumento que mide la regulación emocional en los rubros de control emocional, autoconsciencia emocional y respuestas situacionales planteados por Thomson. **Objetivo:** Identificar las diferencias en la regulación emocional en autoconsciencia, control emocional y respuesta situacional en niños escolares de 6-12 años de edad con episodio depresivo, ideación suicida actual y pasada y distimia que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México. **Material y métodos:** Diseño descriptivo, correlacional. **Resultados:** No se encontraron diferencias en la regulación emocional en los distintos trastornos depresivos. **Conclusiones:** No existen diferencias en la regulación emocional entre los trastornos depresivos evaluados. Se observó diferencia estadísticamente significativa en la respuesta situacional asociada al número de trastornos, siendo menor la regulación en el grupo de 2 trastornos o más. No se encontró diferencia en la regulación emocional entre los niños mayores y menores de 8 años de edad.

Términos MeSH: Emotional Regulation Index in Child and Adolescent (ERICA), depresión, escolares mexicanos.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	3
Índice general	4
Índice de tablas, gráficas y figuras	5
Introducción	6
Marco teórico	7
Justificación	15
Planteamiento del problema	15
Objetivos	16
Hipótesis	17
Material y métodos	17
Análisis estadístico	23
Consideraciones éticas	23
Resultados	24
Discusión	29
Conclusiones	30
Limitaciones y recomendaciones	30
Referencias	32
Anexos	37

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y FIGURAS

Tablas.

Tabla 1. Definición de variables	18
Tabla 2. Reactivos de la escala ERICA	22
Tabla 3. Cronograma	23
Tabla 4. Participantes.	26
Tabla 5. Número de trastornos depresivos presentados por edad	27
Tabla 6. Puntajes de regulación emocional	27
Tabla 7. Regulación emocional de acuerdo al número de trastornos depresivos	28
Tabla 8. Regulación emocional de acuerdo a la edad	28

Figuras

Figura 1. Procedimiento	20
-------------------------	----

Gráficas

Gráfico 1. Distribución por sexo	24
Gráfico 2. Participantes por edad.	24
Gráfico 3. Participantes por grado escolar	25
Gráfico 4. Número de participantes por trastorno depresivo.	26

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son los principales motivos de consulta en general en los servicios de salud mental. En el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en el 2015, la primera causa de atención en los servicios de hospitalización en el grupo etáreo de 6 a 12 años de edad y en el de 13 a 18 años, tanto en hombres como en mujeres fueron los trastornos depresivos. En el caso de la consulta externa se ubicó en el primer lugar los trastornos de la actividad y la atención, en segundo lugar, los episodios depresivos, en tercer lugar, la Distimia y en cuarto lugar el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Se identifica como multifactorial la etiología de los trastornos depresivos, intensificándose el estudio de las bases biológicas y los aspectos familiares. Recientemente ha cobrado importancia el papel de la regulación emocional como componente predisponente para la aparición de dichos trastornos en la infancia y la adolescencia. Existe en la literatura información acerca de modelos de regulación emocional en depresión, pero no se ha realizado uno con niños mexicanos, por lo que este estudio busca conocer el perfil de regulación emocional en escolares con dicho trastorno y si existe alguna similitud o diferencia entre los diferentes trastornos depresivos, para fines de este trabajo se tomaron como trastornos depresivos trastorno depresivo mayor, distimia, riesgo suicida pasado y actual.

MARCO TEÓRICO

Regulación emocional.

Emoción es un proceso multidimensional el cual está encargado del análisis de situaciones significativas, interpretación subjetiva de las mismas, la expresión o comunicación de todo el proceso, la preparación para la acción o movilización del comportamiento y los cambios en la actividad fisiológica. Todo ellos requieren de una adecuada regulación y control¹⁻⁴.

Estudios recientes han observado una estrecha relación de la emoción con las conexiones entre las cortezas límbicas y la neocorteza. Estas conexiones incluyen vías que se originan en el tálamo y se extienden hasta la amígdala, lo que se ha demostrado en la señal que emiten durante el procesamiento de la respuesta emocional. Además, la amígdala tiene vías hacia la neocorteza lo cual sugiere que las respuestas emocionales tienen también un procesamiento cognitivo que modula la actividad sensorial. Finalmente se ha encontrado que en la neocorteza existen fibras que se dirigen hacia la a amígdala lo cual puede ser interpretado como la fuente de la retroalimentación cognitiva de la emoción⁵.

La habilidad para regular emociones consiste en los procesos intrínsecos y extrínsecos responsables del monitoreo, la evaluación y la modificación de las reacciones emocionales, especialmente en sus características de intensidad y temporalidad que son el objetivo⁶.

La regulación emocional es un proceso en curso de un patrón individual para responder a demandas contextuales. Las dificultades en dicha respuesta pueden deteriorar el funcionamiento y contribuir al desarrollo de psicopatología⁷.

Frijda en 1986, explica que “la gente no solo tiene emociones, sin que también adhiere a ellas”⁷. La deficiencia en la regulación emocional es un término difícil de definir y se ha asociado con características relacionadas con psicopatología y problemas de conducta y respuestas emocionales inadecuadas⁸.

La manifestación de las emociones incluye múltiples sistemas entre los que se encuentran experiencias subjetivas, respuestas conductuales y cambios fisiológicos en el organismo⁸.

La regulación de las emociones incluye el manejo de diversos sistemas, tales como la respuesta fisiológica, las expresiones faciales y comportamentales, la motivación, las metas inter e intrapersonales y las evaluaciones cognitivas⁹.

Las emociones son también un proceso adaptativo debido a que sirven como una función de comunicación. Las expresiones faciales son claros indicadores de la experiencia emocional. La expresión de la emoción, especialmente en la expresión facial ayuda a los individuos a entender sus propias emociones¹⁰.

La reactividad emocional se puede conceptualizar, como una respuesta emocional entre individuos en términos de intensidad, la velocidad en que alcanza su pico máximo y el tiempo que tarda en volver a su estado basal¹¹.

Se ha definido como regulación emocional a la progresión, la atención y la activación de procesos para modular las experiencias emocionales que pueden ser explícitas o implícitas. Thompson en 1994 define la regulación emocional como “los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente en sus características de intensidad y temporalidad que acompañan a los objetivos del individuo”³. Por lo que existe una relación entre la reactividad emocional y su subsecuente regulación, aunque sean conceptos diferentes¹¹.

La investigación existente ha respaldado el rol de las emociones como señales sociales. La expresión de una emoción ha sido también relacionada con una forma de liberar la tensión, lo cual es esencial para una salud emocional y física. Se han demostrado los efectos de la descarga emocional en el sistema nervioso autónomo y la función inmunológica¹¹.

En las últimas dos décadas, se ha incrementado el reconocimiento de la importancia para la salud infantil y el desarrollo psicológico, del aprendizaje de como regulamos nuestras emociones en un ambiente funcional y adaptativo³.

Existe un acuerdo general de que la regulación emocional incorpora la habilidad para acceder a un rango de emociones y modular o controlar (reducir o incrementar) la intensidad y la duración de una emoción³.

Se ha observado a lo largo del tiempo, que los niños que logran manejar sus sentimientos en una forma consistente con sus características temperamentales y otros procesos de su personalidad, como la capacidad de autocontrol³.

Mientras la mayoría del desarrollo depende de los factores madurativos, el desarrollo de habilidades de regulación emocional ocurre en el contexto de las relaciones, y primariamente de la relación de apego con el cuidador primario. Un apego seguro genera en el niño una expectativa que sus signos emocionales serán predichos y sensibilizaran a los otros a

responder, y como consecuencia, tendrá mayor apertura a compartir sus emociones. En contraste un apego inseguro, desarrolla en el niño la expectativa de que sus signos emocionales serán atendidos de forma selectiva o impredecible y tendrá como consecuencia estrategias mal adaptativas de regulación emocional tales como minimización, exageración o distorsión^{3, 12}.

Se ha establecido recientemente el concepto de que las personas difieren en su habilidad para atender, procesar y actuar los resultados de sus emociones, al cual le han llamado inteligencia emocional. La cual se puede demostrar en cuatro niveles: 1) percepción, respuesta y expresión de la emoción; 2) efecto de la emoción como facilitador de pensamientos; 3) entendimiento y análisis de las emociones con base al conocimiento previo; 4) regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional. Por lo que alguien que es capaz de reconocer sus experiencias emocionales, entender su significado, utilizar el valor de esta información y manejar la experiencia de acuerdo a las demandas contextuales, se esperará que responda de forma más efectiva a las demandas de la vida¹³.

Una óptima regulación emocional también ha sido fuertemente asociada con una autoconsciencia de la culpa y la vergüenza. Con respecto a la vergüenza se espera que un niño con una buena regulación no se vea sobrepasado por los sentimientos de vergüenza y pueda manejarlos de forma asertiva. Se plantea que las personas con propensión a la vergüenza presentan una alteración en la habilidad para generar soluciones efectivas y también resulta en una reducción de la autoconfianza para implementar soluciones adecuadas. En contraste, los individuos propensos a la culpa parecen tomar más responsabilidad por sus acciones y siente que repetirán constantemente dicho error¹⁴.

Si existen altos niveles de regulación emocional éstos se han relacionado con productividad y salud positiva emocional, en cambio niveles bajos de regulación emocional se han relacionado con lo contrario. Se dividen los problemas de regulación emocional en dos categorías. La primera incluye dificultades en la modulación de la experiencia emocional o su expresión; la segunda incluye frecuentes o automáticas pérdidas de control o la supresión de la experiencia o expresión emocional. En el primer escenario, las experiencias de la persona se viven con gran intensidad, que no es posible regular la emoción. En el segundo, el individuo es incapaz de tener estrategias para prever alteraciones en la experiencia emocional¹⁴.

La investigación sobre la relación entre las habilidades de regulación emocional y la psicopatología ha resultado en la implicación de una gran cantidad de déficits emocionales. La

pobre respuesta emocional, el pobre entendimiento emocional y las expresiones de inadecuada regulación emocional se ha encontrado que son importantes predictores de síntomas de depresión. En particular la pobre respuesta emocional se ha encontrado como un dato auto reportado predictivo de depresión. También se ha prestado atención a la regulación emocional como un componente implicado en los trastornos internalizados y externalizados y se han referido a ellos como dinámicas emocionales específicas. Estas incluyen los componentes de intensidad, labilidad y regulación a la baja de estados emocionales. De acuerdo a estas investigaciones, se ha demostrado en el trabajo empírico que existen altos niveles de labilidad acompañados de un afecto intenso negativo, el cual se ha correlacionado con sintomatología depresiva en jóvenes¹⁵.

El desarrollo de una inadecuada regulación emocional, puede predisponer a trastornos de tipo depresivo. En el modelo que lo propone; la alteración en la regulación emocional se ve reflejada en: 1) alta tendencia a emociones intensas; 2) pobre entendimiento de las emociones; 3) reactividad negativa al estado emocional (miedo a la emoción); 4) respuestas emocionales mal adaptativas¹⁶.

El afecto positivo refleja rasgos de una persona que es entusiasta, activa y placentera con su ambiente, el afecto bajo positivo, se caracteriza por la propensión a la tristeza y la letargia^{17, 18}. En contraste el afecto negativo es una dimensión general de angustia subjetiva que puede tomar la forma de múltiples estados de ánimo displacenteros, incluyendo ira, miedo y ansiedad^{17, 18}.

Si las emociones abrumadoras son pobremente reguladas, pueden desarrollarse síntomas psiquiátricos. Las estrategias de regulación emocional, son entonces clasificadas en inefectivas o mal adaptativas contra efectivas o adaptativas, basadas en su efecto inmediato sobre el afecto, la conducta o la cognición^{19, 20}.

Los niños, incluso en edades tempranas son capaces de regular sus emociones. A través del tiempo, cuando alcanzan la edad preescolar tienen que construir un largo repertorio de estrategias conductuales para manejar sus propios afectos^{21, 22}.

Esta habilidad se incrementa cuando los niños alcanzan la adolescencia. Por lo que no es sorprendente que las incapacidades para regular las emociones sean tanto observadas en niños como en adolescentes. Investigaciones previas muestran que el uso frecuente de estrategias mal adaptativas es causa de un mal funcionamiento psicológico²³.

Más específicamente, niños que utilizan un mayor número de estrategias mal adaptativas, muestran índices más altos de rechazo de por parte de sus pares, síntomas depresivos, síntomas ansioso y problemas de conducta²⁰.

La ansiedad y la depresión se sobreponen y se explican por un afecto negativo, o sentimientos no placenteros. La depresión, pero no así la ansiedad se encuentra caracterizada por afecto positivo bajo. En cambio, la ansiedad, pero no la depresión, se caracteriza por una hiperreactividad fisiológica²⁴.

Trastornos depresivos.

Los trastornos depresivos son frecuentes en niños y adolescentes, y se ha sugerido que las tasas de prevalencia generales para los adolescentes (13 a 18 años) son de un 5.7% y para los niños (menos de 13 años) de un 2.8% a nivel mundial. En nuestro país la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, reporta que la prevalencia de los trastornos depresivos en niños oscila entre el 1% y el 3.4% en los ámbitos rural y urbano, y similar a la población mayor, es más frecuente en el sexo femenino. Los síntomas comunes de la depresión en niños y adolescentes incluyen decaimiento anímico, pérdida de interés en las actividades que alguna vez disfrutaron, dificultades con la concentración y la motivación, cambios en el apetito y el sueño, irritabilidad, síntomas físicos como cefaleas o dolor de estómago y en algunos casos pensamientos suicidas²⁵.

El comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años²⁶.

Los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados. Este hecho puede atribuirse a diferentes motivos: 1) las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, 2) los niños e incluso los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y 3) los adultos relevantes en la vida del niño y el adolescente no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión, y además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores²⁷.

La sintomatología depresiva en estas edades se suele presentar de forma polimorfa, comórbida, y muy variable, por esto se convierte en objeto de numerosos debates, al no tener una clínica tan delimitada como la de otros trastornos mentales específicos de la infancia y la adolescencia²⁸.

Episodio depresivo.

Según el DSM IV TR y el DSM 5, el episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida del placer en casi todas las actividades. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. También se debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben de mantenerse la mayor parte de día, casi cada día por al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe de acompañarse de malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del paciente^{29, 30}.

La depresión en la infancia incrementa el riesgo de experimentar episodios depresivos en la etapa adulta. La depresión en la infancia y la adolescencia incrementa el riesgo de resultados negativos tales como problemas académicos, conductas sexuales de alto riesgo y deterioro de las relaciones sociales³².

Los modelos etiológicos del desarrollo de depresión en la infancia comúnmente se enfocan en los factores cognitivos, genéticos y familiares. En cuanto al género se han encontrado diferencias, ya que en las chicas comienza entre los 12 y 13 años de edad, siendo más temprano su inicio en comparación con los chicos, en los cuales la edad de inicio se ubica a los 15 años; además de que la depresión es dos veces más frecuente en las chicas que en los chicos³².

Distimia.

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos dos años. En los niños el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración exigida es de solo un año. Durante los periodos de estado de ánimo depresivo hay al menos dos síntomas entre los siguientes: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento del autocrítica^{29, 30}.

Ideación suicida.

Esta se define como los pensamientos sobre el deseo de morir, su gravedad varía en función de la especificidad de los planes suicidas y del grado de intento suicida. La palabra suicidio deriva del latín y significa matarse a sí mismo. La ideación suicida ocurre con frecuencia en niños y adolescentes que presentan trastornos severos del estado de ánimo. Se refiere una prevalencia en la población de 9 a 16 años del 0.3 % y los intentos presentan una prevalencia de 0.25 % en Estados Unidos. Específicamente en el grupo de los 14 a los 18 años, se encuentra que la tasa de ideación suicida fue del 2.7 % anual y la incidencia fue del 4.3 % en el mismo país³¹.

A partir de la década de 1970 se comienza a observar en nuestro país suicidios en el grupo de infantes y escolares en un rango de edad de 5 a 14 años³². De 1990 a 2001, el mayor incremento de suicidios por grupo de edad se observó en mujeres en edades de 11 a 19 años, triplicándose la tasa por 100 000 habitantes de 0.8 a 2.27 y en los hombres se duplicó de 2.6 a 4.5³³. A nivel nacional, del año 2000 al 2005 se encontró un crecimiento en la cantidad de suicidios en la población en edades de los cinco a los 14 años³⁴.

Regulación emocional en niños con trastornos depresivos.

Recientemente, los problemas en la regulación de emociones han ganado interés como un posible factor de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología, y existe evidencia empírica de que hay una relación entre regulación emocional y depresión. Se ha planteado que los chicos que presentan emociones más intensas y frecuentes tienen mayor propensión al desarrollo de síntomas depresivos³⁵.

Se encuentran alteradas la frecuencia, duración, intensidad y recuperación en la expresión de emociones en los niños con síntomas internalizados. Específicamente, en niños del cuarto y quinto grado que presentan síntomas internalizados, se ha encontrado un nivel más alto e intenso de miedo. En otro estudio con niños de entre 5 y 8 años de edad con síntomas internalizado se encontró una mayor expresividad de la ira y la tristeza, en formas que eran excesivas y no constructivas³⁶.

Los síntomas depresivos en la adolescencia media y temprana se han relacionado con experimentar gran labilidad e intensidad de la tristeza, la ira y la ansiedad³⁷.

También se ha reportado que los adolescentes que reportan un grado alto de intensidad y labilidad emocional presentan una mayor cantidad de síntomas depresivos³⁷.

Los síntomas internalizados también se han relacionado con procesos involucrados en la regulación de las emociones, incluyendo como el niño evalúa, monitorea y modifica sus emociones³⁸⁻⁴⁰.

El incremento de errores cognitivos se ha asociado también a sintomatología depresiva y depresión clínica en la infancia media³⁸⁻⁴⁰. Un pobre monitoreo emocional se ha relacionado con un incremento de síntomas internalizados y específicamente con sintomatología depresiva. Se ha relacionado un incremento en el afecto negativo a una pobre habilidad para identificar las propias emociones⁴¹⁻⁴².

Debido a que la regulación emocional se ha encontrado que tiene un papel etiológico de los trastornos depresivos, se desea describir la regulación emocional en trastornos depresivos en niños escolares mexicanos de la zona poniente de la ciudad de México de 6 a 12 años de edad y describir si existe diferencia entre la regulación emocional en niños con episodio depresivo, ideación suicida actual y pasada y Distimia.

Evaluación de la regulación emocional.

En 1997 Shiels y Cicchete, desarrollaron la escala ERC "Emotion Regulation Checklist", la cual estaba diseñada para valorar los procesos de regulación emocional incluyendo labilidad afectiva, intensidad de la valencia, flexibilidad y respuesta apropiada a la situación. Se encontró que dos factores en dicha escala: 1) la labilidad y la negatividad comprometían reactivos que representaban la no regulación de afecto negativo, pobre flexibilidad y labilidad emocional. 2) La regulación emocional comprendía reactivos que describían la respuesta emocional, la empatía y la adecuada respuesta emocional de acuerdo al contexto social. Biesecker y Easterbrooks en el 2001, encontraron que los contenidos evaluados por Shields y Cicchetti en el ERC eran apropiados para medirse en la adolescencia; por lo que elaboraron un instrumento basado en el, al cual se le llamo ERCA "Emotion Regulation Checklist for Adolescents"¹¹. Dicho instrumento es apropiado para adolescentes mayores de 16 años y es útil para evaluar la habilidad para el manejo de las emociones y el comportamiento de acuerdo a los objetivos personales¹¹. En 2010, MacDermott y colaboradores, desarrollaron a partir de los instrumentos antes mencionados el ERICA "Emotion Regulation Index for Children and Adolescents", y

evaluaron su validez y consistencia interna, para ser utilizada en niños de 9 a 16 años, encontrando que era un instrumento útil y que lograba evaluar el control emocional, la respuesta emocional y la respuesta situacional¹¹. El ERICA fue validado en niños mexicanos, por Arellano en 2013 con un alfa de Conbrach de 0.80 y 0.83⁵⁰.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos depresivos son los principales motivos de atención a nivel mundial^{1, 2, 26, 44}. Se sabe que son multifactoriales, pero en las últimas décadas, se ha puesto atención a los factores tanto intrínsecos como extrínsecos del individuo^{25, 26}. Una de las consecuencias más graves de los trastornos depresivos es el suicidio²⁶. Es en las últimas tres décadas que se ha prestado atención al tema de la regulación emocional como un factor importante el cual puede contribuir en la etiología de múltiples patologías mentales¹⁵⁻¹⁶. A nivel internacional se ha prestado interés a este ámbito sobre todo en países desarrollados¹⁵⁻¹⁹. La producción de una adecuada regulación de las emociones, se encuentra influenciada por factores genéticos, ambientales y sociales¹⁷⁻²¹. Existe una gran cantidad de bibliografía que ha relacionado problemas de regulación emocional con trastornos depresivos, por lo que se busca con el presente estudio, establecer cuál es el perfil de regulación emocional que presentan los niños mexicanos en etapa escolar, que tienen trastornos depresivos¹⁷⁻²¹. Para poder con base en esto, realizar estrategias preventivas y de tratamiento que puedan ayudar a los niños y adolescentes en este ámbito.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos depresivos, son una problemática que ha captado la atención a nivel mundial, debido a que se relacionan con consecuencias graves tales como el suicidio, la pérdida de calidad de vida y la disfunción en distintas áreas personales²⁻⁴. La demanda de atención debido a la presencia de trastornos depresivos es alta en nuestra institución ubicándose tanto en las primeras causas de atención en el servicio ambulatorio, como en el de hospitalización¹. La regulación de las emociones es según Thompson, “los procesos extrínsecos e intrínsecos

responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente en sus características de intensidad y temporalidad que acompañan a los objetivos del individuo”³. Se sabe que en la depresión esta regulación no es óptima, ya que en diversos estudios, no realizados en nuestro país, se ha encontrado que los niños y adolescentes con trastornos depresivos presentan alteraciones en la capacidad de monitorear, evaluar y modificar sus emociones, ya que los síntomas depresivos en la adolescencia media y temprana se han relacionado con experimentar gran labilidad e intensidad de la tristeza, la ira y la ansiedad³⁵, un pobre monitoreo emocional se ha relacionado con un incremento de síntomas internalizados y específicamente con sintomatología depresiva. Se ha relacionado un incremento en el afecto negativo a una pobre habilidad para identificar las propias emociones⁴³⁻⁴⁴. No contamos con datos en niños y adolescentes mexicanos con trastornos depresivos, acerca de qué características poseen en cuanto su regulación emocional. La ERICA⁴⁴ es un instrumento que nos permite el establecer cómo se encuentra la regulación emocional teniendo en cuenta el control emocional, autoconsciencia emocional y respuestas situacionales, por lo que se desea el aplicar dicha escala para responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de regulación emocional presentes en niños de 6 a 12 años de edad con trastornos depresivos que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México?

OBJETIVOS

General.

Identificar las diferencias en la regulación emocional en sus componentes de autoconsciencia, control emocional y respuesta situacional en niños escolares de 6-12 años de edad con episodio depresivo, ideación suicida actual y pasada y distimia que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México.

Específicos.

1. Identificar los trastornos depresivos en la muestra.
2. Describir las características sociodemográficas de los niños con trastornos depresivos.

3. Describir la regulación emocional en niños con episodio depresivo, ideación suicida actual y pasada y distimia.
4. Comparar regulación emocional que presentan los niños con episodio depresivo, ideación suicida actual y pasada y distimia.

HIPÓTESIS

H₀: No Existen diferencias en la regulación emocional en autoconciencia, control emocional y respuesta situacional de niños escolares mexicanos de la zona poniente de la Ciudad de México con episodio depresivo, ideación suicida actual y pasada y distimia.

H₁: Existen diferencias en la regulación emocional en autoconciencia, control emocional y respuesta situacional de niños escolares mexicanos de la zona poniente de la Ciudad de México con episodio depresivo, ideación suicida actual y pasada y distimia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño.

Exploratorio, transversal y descriptivo.

Población.

Se invitará a la totalidad de los alumnos de reciente ingreso a las primarias, y se a los que no fueron evaluados en la primera fase. Se reevaluarán los participantes de 2016-2017.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

1. Todo niño (a) de entre 5 y 12 años de edad.
2. Que cuente con los diagnósticos de episodio depresivo, ideación suicida actual y/o pasada, y distimia.
3. Que sepa leer y escribir de forma automatizada aplicable solo para los participantes mayores de 8 años de edad.

Criterios de exclusión.

1. Que presenten comorbilidad con patología con síntomas psicóticos.

Criterios de eliminación:

1. Aplicación incompleta de los instrumentos de evaluación.
2. Que el participante o el padre decidan abandonar el estudio.

Variables.

Tabla 1. Definición de Variables.

Variabes	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Unidad de Medida
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Número de años que tiene el niño al momento de la aplicación de la encuesta.	Independiente Continua	6 a 12 años
Sexo	Característica biológica que divide a los seres humanos en mujeres y hombres	a) Masculino b) Femenino	Independiente Nominal Dicotómica	Femenino /Masculino
Escolaridad del menor	Grado que cursa el menor en la institución.	Número de grado en el que se encuentra el menor.	Independiente Ordinal	1º a 6º grado
Trastornos depresivos	Conjunto de trastornos en los cuales predomina un estado continuo de ánimo bajo y falta de interés por las actividades de la vida, con o sin síntomas somáticos.	MINI-KID	Independiente Nominal	Episodio depresivo. Ideación suicida actual y pasada. Distimia.
Regulación emocional	Procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales.	ERICA	Dependiente Continua	Puntaje total y en cada grupo.

Procedimiento.

El presente proyecto se deriva del proyecto general denominado **“Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas”** el cual fue dictaminado como aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con el número de registro II3/01/0915, el día 11 de noviembre de 2015 (anexos 1 y 2).

Dicho proyecto evaluó a un total de 255 niños de 6 a 13 años de edad con los siguientes instrumentos: MINI-KID y cédula de recolección de datos sociodemográficos en donde se obtuvo como resultado la evaluación y diagnóstico de dichos participantes, los cuales se encuentran aún en prensa.

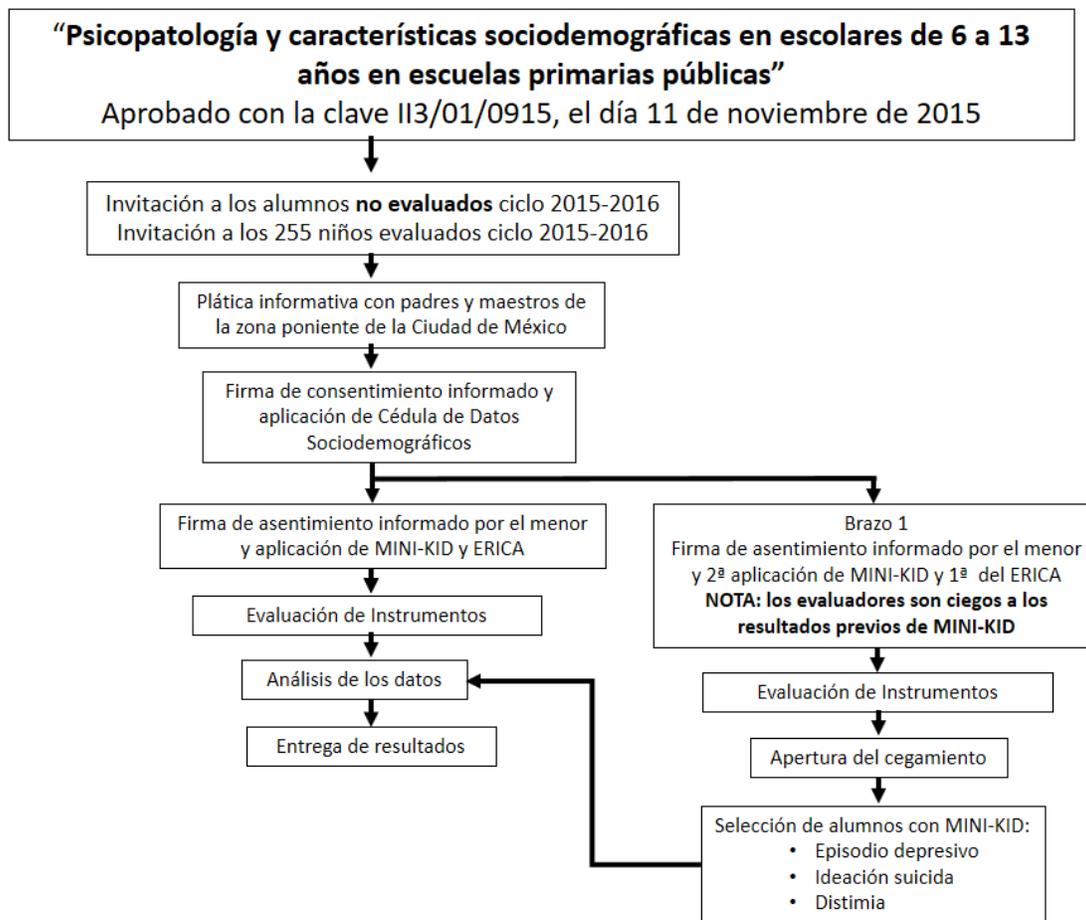
Dicho proyecto implica una segunda fase para la que se tiene el registro ante la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil con el número II3/01/0214/Tc (Anexo 3 y 4), en la cual se llevará a cabo la aplicación de MINI-KID y ERICA a los participantes que resultaron con Distimia, episodio depresivo, ideación suicida actual o pasada; asimismo implica contempla el incluir a los alumnos de reciente ingreso a las primarias y se les invitará a participar a los que no fueron evaluados.

Para la realización del presente proyecto (figura 1), primero se realizó una plática informativa a los padres y maestros de las escuelas primarias públicas de la zona poniente de la Ciudad de México, donde se les explicó en que consiste el proyecto, cuáles son los riesgos y los beneficios de la participación en la investigación.

Posteriormente se entregó a los padres de los participantes los consentimientos informados para su firma y a los participantes los asentimientos informados para su firma de igual forma. Se les agendó un día y hora para la realización de las entrevistas. Al acudir a la entrevista, se les aplicó a los participantes la MINI-KID y la escala autoaplicable ERICA, en el lugar que la escuela proveyó para dicha actividad. A los participantes de 6 y 7 años de edad, se les leyó la escala ERICA para su aplicación.

La sesión por participante tuvo una duración de una hora aproximadamente. Posterior a la evaluación de los resultados obtenidos por cada participante, se entregó por escrito, los datos clínicos que arrojaron el MINI-KID y en caso de ser necesario se derivó al paciente al centro de atención psiquiátrica que fue conveniente para el participante.

Figura 1. Procedimiento del proyecto general.



Instrumentos.

Cédula de recolección de datos sociodemográficos. (Anexo 5).

Instrumento creado por la investigadora principal para estudios previos, en que los datos que se recaban son edad del paciente, grado escolar, sexo, características de la vivienda, integrantes de la familia con los que cohabita, números de hermanos, escolaridad de los padres, ocupación de los padres, uso de servicios y antecedentes heredofamiliares psiquiátricos. Tales datos son los indicadores de mayor frecuencia empleados por el INEGI, como variables de descripción sociodemográfica y al cual se ha aunado por los investigadores de este proyecto, la solicitud de los datos sobre uso de servicios y de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos,

ya que este dato se ha considerado de valor predictivo en cuanto a la presencia de psicopatología⁴².

Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes, MINI-KID. (Anexo 6).

Instrumento estandarizado, consistente en una entrevista estructurada para diagnosticar de manera confiable problemas psiquiátricos en niños. Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10^{34, 38}. Está compuesta por 25 módulos identificados por letras, cada uno de los cuales corresponde a una categoría diagnóstica del eje I. Se aplica a los niños a partir de los 6 años. La concordancia Kappa inter-evaluadores es superior a 0.8 para depresión, manía/ hipomanía, trastorno por estrés postraumático y esquizofrenia⁴⁶. En la presente investigación la MINI-KID se usará para construir la variable de criterio, de manera categórica. Los datos de validación del instrumento original señalan que, al comparar con los resultados de una entrevista realizada por un psiquiatra, posee una sensibilidad de 0.86, una especificidad de 0.84, un valor predictivo de casos positivos de 0.75, y un valor predictivo de casos negativos de 0.92. Validada al español por Ferrando y colaboradores, con una confiabilidad inter-evaluador de 0.9 a 1 y la temporal de 0.6 a 0.75, la validez concurrente con entrevista clínica fue del 0.35 al 0.5⁴⁸.

Emotion Regulation Index for Children and Adolescents, ERICA. (Anexo 7).

Es una revisión de Biesecker del self-report Emotion Regulation Checklist for Adolescents (ERICA). Este cuestionario fue sometido a revisión debido a sus fundamentos teóricos tan sólidos y a sus propiedades psicométricas. A partir de este instrumento se desarrolla el cuestionario Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA), para poder evaluar tanto niños como adolescentes, reduciendo en número de reactivos y dividiéndolos en los grupos (ver Tabla 2)⁴².

Es un instrumento que fue validado en niños mexicanos, por Arellano en 2013 con un alfa de Cronbach de 0.80 y 0.83, por lo que se encuentra que la ERICA presenta una adecuada traducción con buenas propiedades psicométricas, por lo que puede ser empleado en adolescentes mexicanos cuya validación fue realizada por Arellano en 2013⁴⁷.

Tabla 2. Reactivos de la Escala ERICA, versión en español.

Reactivo según grupo	Número del reactivo	Reactivo
Control emocional	12	*Me cuesta trabajo ser paciente cuando se trata de esperar para obtener algo que quiero.
	10	*Me molesta cuando un adulto me dice lo que puedo y lo que no puedo hacer.
	14	*Hago cosas sin pensar.
	5	*Cuando las cosas no salen como yo esperaba, me irrito fácilmente.
	7	*Tengo arranques de ira.
	16	*Me gusta meterme donde no me llaman y molestar a los demás.
	9	*A veces puedo ser muy latoso.
Autoconciencia emocional	11	*Soy una persona triste.
	1	Soy una persona feliz.
	4	Cuando me molesto, me calmo rápidamente.
	13	*Soy callado y tímido y por lo general no demuestro mis sentimientos.
	3	Cuando las cosas cambian o tengo que intentar algo diferente mi reacción es adecuada.
Respuesta situacional	6	Cuando otros niños son amigables conmigo, yo también soy amigable con ellos.
	8	*Disfruto cuando otra persona se lastima o está triste.
	2	Cuando los adultos son amigables conmigo, yo también soy amigable con ellos.
	15	Cuando alguien está triste me preocupo por esa persona.

Nota: *Reactivos de calificación inversa.

Análisis Estadístico.

A través de la Prueba t de student para muestras independientes se compararon las medias obtenidas a partir del instrumento ERICA entre los grupos generados a partir de la presencia de los trastornos depresivos. Se empleó el programa SPSS versión 22.

Consideraciones Éticas.

De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación publicado en el Diario Oficial de la Federación el cuatro de agosto de 1992, se trata de una investigación de riesgo mínimo. El presente proyecto se deriva del proyecto general **“Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas”** el cual fue aprobado con el número de registro II3/01/0915, por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (anexo 1 y 2), además de que se aprobó el proyecto actual con el II3/01/0214/Tc (Anexo 3 y 4); en los que se dictaminó la autorización para el uso del consentimiento y el asentimiento informado presentados (anexos 8 y 9).

Adicionalmente la investigadora de este proyecto realizó el curso “Protección de los Participantes Humanos de la Investigación” del National Institute of Health, con número de certificado 365594 (anexo 10).

Cronograma.

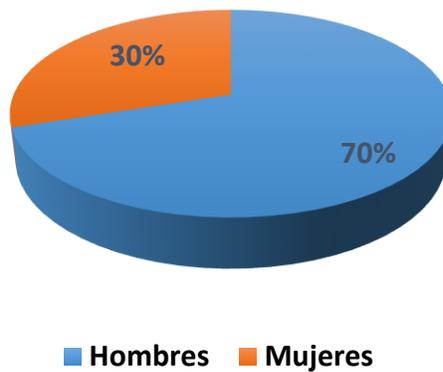
Tabla 3. Cronograma de actividades.

Actividad	Mayo 2016	Junio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo-Mayo 2017	Junio 2017
Elaboración de Protocolo	■										
Aprobación por Comités		■	■	■	■						
Recolección de la muestra						■	■	■			
Análisis de resultados									■	■	
Elaboración de informe final										■	■
Entrega de resultados											■

RESULTADOS

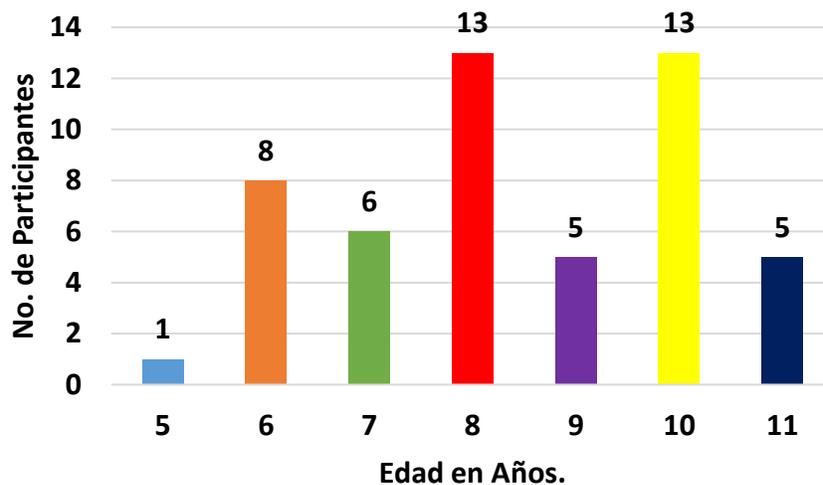
Se aplicaron las escalas MINI-KID y ERICA a un total de 189 alumnos de tres escuelas de la zona oriente de la Ciudad de México. La muestra estuvo conformada por un total de 51 pacientes, de los cuales 35 fueron hombres y 16 mujeres, como se indica en la gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución de la muestra, según sexo.



La distribución por edades se describe en la figura 3. Los grupos etáreos con mayor número de participantes fueron los de 8 años (25.49%) y 10 años (25.49%), como se indica en la gráfica 2.

Gráfica 2. Número de participantes, según edad.



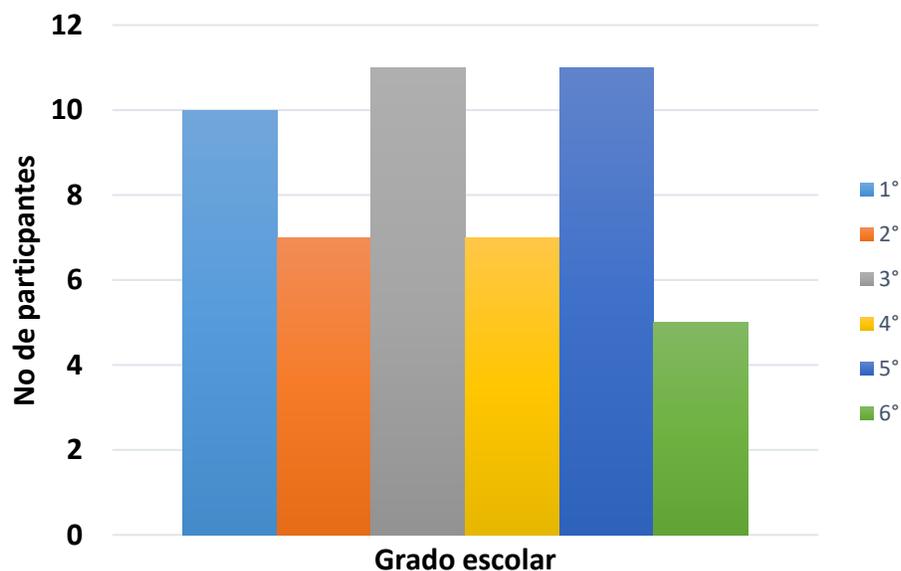
La ocurrencia de trastornos depresivos por escuelas fue diferente en cada institución, encontrándose una mayor cantidad de participantes en la escuela con un mayor número de alumnos evaluados. En la escuela 1 se detectaron a 5 niños lo que representó el 9.8% de los evaluados, en la escuela 2 a 17 niños lo que represento el 33.3% de los evaluados y en la escuela 3 a 29 niños que representaron el 56.9% de los evaluados (tabla 4).

Tabla 4. Participantes con trastorno depresivo por escuela.

Escuela	Número participantes con trastorno depresivo	Porcentaje	Total de alumnos en la escuela	Participantes por escuela
1	5	9.8	394	32
2	17	33.3	328	56
3	29	56.9	581	101

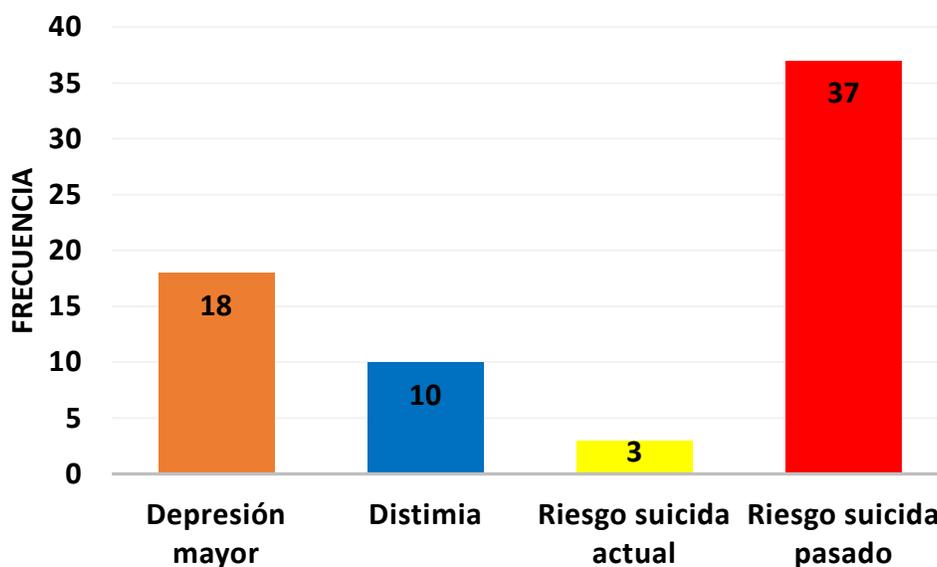
En cuanto a la distribución de participantes por grado escolar, del total de participantes 10 pertenecen al 1er grado, 7 al 2º grado, 11 al 3er grado, 7 al 4º grado, 11 al 5º grado y 5 al 6º grado de primaria (gráfica 3).

Gráfica 3. Participantes por grado escolar.



De acuerdo con los resultados del MINI-KID en cuanto a trastornos depresivos, el trastorno que más se presentó fue el riesgo suicida pasado en 37 participantes (72.54%), seguido por la depresión mayor la cual se detectó en 18 participantes (35.9%), la distimia se detectó en un total de 10 niños (19.6%) y solo 3 (5.88%) contaron con riesgo suicida actual.

Gráfica 4. Número de participantes por trastorno.



En lo referente a la presencia de comorbilidad con más de un trastorno depresivo se encontró lo siguiente, 37 participantes (72.54%) presentaron un trastorno depresivo, 11 participantes tuvieron dos trastornos depresivos (21.56%) y 3 niños (5.88%) presentaron tres trastornos depresivos al momento de la evaluación.

Debido a que la escala ERICA cuenta con una aprobación para su aplicación a los 8 años de edad, se agruparon a los pacientes en menores de 8 y mayores de 8 años, para poder valorar la relación entre la regulación emocional y los trastornos depresivos, así como su comorbilidad. Al realizar la agrupación por edades, encontramos en los menores de 8 años, 19 niños (70.37%) presentaron un solo trastorno, 7 participantes (25.92%) dos trastornos y 1 (3.7%) tres trastornos al momento de la evaluación. En el caso de los mayores de 8 años, 17 (77.27%) de ellos contaron solo con un trastorno depresivo, 4 (18.18%) con dos trastornos depresivos y solo 1 (4.54%) tuvo al momento de la evaluación 3 trastornos depresivos (tabla 5).

Tabla 5. Número de trastornos depresivos presentados por edad.

Número de trastornos depresivos	Menores de 8 años	Mayores de 8 años	Total
Uno	19	17	36
Dos	7	4	11
Tres	1	1	2
Total	27	22	49

La media grupal de los resultados obtenidos en la ERICA fue de 57.29 (DE 9.86) en regulación emocional total. En control emocional fue de 22.08 (DE 6.321), en autoconciencia 18.15 (DE 3.34) y en respuesta situacional 17.06 (DE 2.824), ver tabla 6.

Tabla 6. Puntaje de regulación emocional.

Componentes de la regulación emocional	Media	Desviación Estándar
Regulación emocional total	57.29	8.96
Control emocional	22.08	6.321
Autoconciencia	18.15	3.34
Respuesta situacional	17.06	2.824

Para el análisis de la respuesta emocional en cada uno de sus componentes, se compararon los participantes que tenían un trastorno depresivo, contra los que tenían dos o más. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la regulación emocional total, control emocional y autoconciencia. En la respuesta situacional los participantes que contaron un trastorno depresivo obtuvieron un puntaje de 17.11 (DE 14.23) y los de dos trastornos o más 14.23 (DE 2.587) con una p de 0.002.

Tabla 7. Regulación emocional de acuerdo al número de trastornos depresivos.

Componentes de la regulación emocional.	Número de trastornos						
	Media		DE		p	IC	
	1	2 ó mas	1	2 ó mas		Inferior	Superior
Control emocional	20.89	20.92	5.799	6.048	0.918	-3.872	3.797
Autoconciencia	17.23	16.54	3.361	3.388	0.594	-1.602	2.982
Respuesta situacional	17.11	14.23	2.587	4.919	0.002*	-0.178	5.945
Total	55.23	51.69	9.133	9.517	0.070	-2.827	9.900

DE= desviación estándar, IC= intervalo de confianza, *p= significancia estadística.

Se realizó la comparación de los participantes de acuerdo a si eran mayores o menores de 8 años de edad, para determinar si hubo diferencias en cuanto a la regulación emocional total y en cada uno de sus componentes, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la regulación total en menores de 8 años (52.92) en comparación con los mayores de 8 años (55.86), en control emocional: 20.27 en menores de 8 años y 21.64 en mayores de 8 años; en autoconciencia 16.65 en menores de 8 años y 16.73 en mayores de 8 años; y en respuesta situacional 16 en menores de 8 años y 16.73 en mayores de 8 años.

Tabla 8. Regulación emocional de acuerdo a la edad.

Componentes de la regulación emocional	Edad en años						
	Media		DE		p	IC	
	< 8	>8	< 8	>8		Inferior	Superior
Control emocional	20.27	21.64	6.194	5.350	0.626	-4.763	2.029
Autoconciencia	16.65	17.50	3.622	3.335	0.641	-2.883	1.191
Respuesta situacional	16.00	16.73	3.709	3.425	0.368	-2.816	1.362
Regulación emocional total	52.92	55.86	9.121	9.408	0.903	-8.336	2.445

DE= desviación estándar, IC= intervalo de confianza, *p= significancia estadística.

DISCUSIÓN

Se encontró un porcentaje alto de depresión en los participantes, ya que de los 189 evaluados, 51 de éstos presentó con por lo menos un trastorno depresivo (depresión mayor, distimia o riesgo suicida actual y/o pasado), lo que representa un porcentaje del 26% de los encuestados; la tasa de prevalencia para los niños de menos de 13 años es de 2.8% a nivel mundial²⁵, de un 10 a un 15% de la población prepuberal llega a experimentar sintomatología depresiva severa^{52,53}, en nuestro país la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reporta que la prevalencia de los trastornos depresivos en niños oscila entre el 1% y el 3.4% en los ámbitos rural y urbano, a pesar de que no podemos tomar como una tasa lo reportado en nuestro estudio, es claramente más alto que en la prevalencia nacional²⁵.

La literatura existente nos habla de un comienzo de los trastornos depresivos entre los 11 y 12 años y que la sintomatología depresiva menos severa se observa desde los 7 a 8 años de edad, en nuestro estudio encontramos pacientes desde 5 años con sintomatología depresiva, y la mayor proporción de los participantes se encontraron en el grupo de mayores de 8 años (36/51 evaluados), representando el 70% de la muestra²⁶.

De los 51 evaluados que presentaron algún trastorno depresivo el 70% fueron hombres (35 participantes) y el 30% (16 participantes). En 2007 Hankin, menciona que las diferencias en cuanto a prevalencia relacionadas al sexo comienzan a presentarse posterior a los 12 años de edad y a los 15 años de edad el sexo femenino dobla la prevalencia del masculino^{52, 54}, en nuestra muestra en lo referente a la edad ningún participante tuvo 12 años o más, lo que podría explicar la distribución anómala de los padecimientos.

Zeman en 2002, encontró que los niños de entre 5 a 8 años de edad con síntomas internalizados son más propensos a expresar su ira o tristeza de formas excesivas y no constructivas, en nuestro estudio los niños con trastorno depresivo (distimia, depresión mayor, riesgo suicida actual y/o pasado) tanto mayores como menores de 8 años de edad, presentaron puntajes en la respuesta situacional de la escala ERICA similares, no encontrándose diferencia entre dichos grupos etarios, sin embargo fueron puntajes regulares contando con una media de 16 puntos de 20 posibles, lo cual nos habla de una regular respuesta situacional^{52, 55}.

Los niños con síntomas depresivos son menos hábiles para regular sus emociones, nuestros participantes presentaron puntajes apenas arriba de la media en el ERICA 55/80, lo que nos

habla de fallas en la regulación emocional, ya que el puntaje total apenas pasa de la media del puntaje total posible de la escala^{52, 56-58}. No observamos diferencia entre la presencia de uno o más trastornos depresivos, ya que no se encontró significancia estadística en el análisis. En lo referente a la diferencia entre los grupos etarios menor de 8 años y mayor de 8 años, no se encontraron diferencias entre los niños más pequeños en comparación con los más grandes.

CONCLUSIONES

1. En esta muestra fue mayor la proporción de varones (70%) en comparación con la de mujeres (30%). Los grupos de edad con un mayor número de participantes fueron lo de 8 y 10 años cada uno con el 25.49% de los participantes.
2. No existe diferencia en regulación emocional de niños con distimia, depresión o riesgo suicida actual o pasado en la regulación emocional total, control emocional y autoconciencia.
3. Se encontró diferencia significativamente estadística en la respuesta situacional cuando se compararon los niños que tenían solo un trastorno depresivo contra lo que tenían dos o más, presentando puntajes más altos en la escala los que solo puntuaron para un trastorno depresivo.
4. En las tres escuelas se encontraron alumnos que presentaron distimia, depresión mayor, riesgo suicida actual y/o pasado.
5. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en control emocional, autoconciencia o respuesta situacional en los niños con episodio depresivo mayor, distimia, riesgo suicida pasado y/o actual.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las limitaciones del estudio fue que muy pocos alumnos acudieron a la convocatoria para la aplicación de los instrumentos, por lo que la cantidad de participantes con trastornos depresivos no puede ser tomada como una prevalencia, sin embargo, llama la atención el porcentaje tan alto en la muestra de niños con algún trastorno depresivo.

Durante la realización del estudio se observó en muchos casos muy poco interés de los padres por la sintomatología presente en sus hijos.

La zona donde viven los participantes cuenta con una gran cantidad de pobreza, usuarios de sustancias, ya que todas estas características son observadas afuera de las escuelas, lo que pudo limitar la asistencia a la valoración.

Consideramos que se requiere de un mayor impacto en la población escolar, para que se puedan detectar a tiempo los padecimientos que requieran de atención en salud mental.

REFERENCIAS

1. Piqueras, J. Emociones negativas y su impacto en la salud física y mental. *Sum Psicol.* (2009): 16: 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2009.136>
2. Morbilidad y mortalidad. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Ciudad de México. 2015.
3. Barrio, V. La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información psicológica.* 2010; 100: 54-59.
4. Ekman, P. Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 1993;48,384–392.
5. Davidson R, Jackson D, Kalin N. Emotion, plasticity, context and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, (2000) :126; 890–909.
6. Adrian M, Zeman J, Veits G. Methodological implications of the affect revolution: A 35-year review of emotion regulation assessment in children *Journal of Experimental Child Psychology* 110 (2011) 171–197. doi:10.1016/j.jecp.2011.03.009
7. Frijda, N. H. *The emotions.* London, England: Cambridge University Press. 1986.
8. Shapero, B. Abrasom, L. Alloy, L. Emotional Reactivity and Internalizing Symptoms: Moderating Role of Emotion. *Cogn Ther Res.* (2015) DOI 10.1007/s10608-015-9722-4
9. Adrian M, Zeman J, Veits G. Methodological implications of the affect revolution: A 35-year review of emotion regulation assessment in children *Journal of Experimental Child Psychology* 110 (2011) 171–197. doi:10.1016/j.jecp.2011.03.009
10. Pennebaker, J. Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behavior Research and Therapy.* 1993: 31; 539–548.
11. MacDermott S, Gullone E, Sabura, J, King A, King N, Tonge B. The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *J Psychopathol Behav Assess* (2010) 32:301–314. DOI 10.1007/s10862-009-9154-0
12. Cicchetti, D, Ackerman, B, Izard, C. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development & Psychopathology.* 1995: 7;(1)1–10.
13. Cicchetti, D, Ackerman, B, Izard, C. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development & Psychopathology.* 1995: 7;(1)1–10.

14. MacDermott S, Gullone E, Sabura, J, King A, King N, Tonge B. The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *J Psychopathol Behav Assess* (2010) 32:301–314. DOI 10.1007/s10862-009-9154-0
15. Mennin, D, Turk, C, Heimberg, R, Carmin, C. Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. *Cogn th life: Evid and pract* 2004: 60–89
16. Watson, D, Clark, L, Carey, G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, (1988): 97, 346–353.
17. Trooper, S. Whitton, S. Brown, T. Pincus, D. Understanding the Latent Structure of the Emotional Disorders in Children and Adolescents. *J Abnorm Child Psychol* (2012) 40:621–632. DOI 10.1007/s10802-011-9582-7
18. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, (2012): 121, 276–281.
19. Braet, C. Theuwis, L. Van Durme, K. Vandewalle, E. Vandevivere, E. Wante, L et al. Emotion Regulation in Children with Emotional Problems. *Cogn Ther Res* (2014) 38:493–504. DOI 10.1007/s10608-014-9616-x
20. Fuchs, D., Thelen, M. Children's expected interpersonal consequences of communicating their affective state and reported likelihood of expression. *Child Development*, (1988): 59, 1314–1322.
21. Zeman, J. Shipman, K. Children's expression of negative affect: Reasons and methods. *Developmental Psychology*, (1996): 32, 842–849.
22. Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., Stegall, S. Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, (2006): 27, 155–168.
23. Aaron, M. Bell, D. Positive and Negative Family Emotional Climate Differentially Predict Youth Anxiety and Depression via Distinct Affective Pathways. *J Abnorm Child Psychol* (2014) 42:897–911. DOI 10.1007/s10802-013-9838-5.
24. Cox G, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry S, Parker A, Hetrick S. Terapias psicológicas versus medicación antidepresiva, solas y en combinación, para la depresión en niños y adolescentes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 11. Art. No.: CD008324. DOI: 10.1002/14651858.CD008324

25. Del Barrio, V. La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga: Aljibe. (2000); ISBN: 84-95212-50-
26. Guillén, E. Gordillo, M. Ruiz, I. Gordillo, T. ¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 2013; 2:1 . ISSN: 0214-9877. pp:499-506
27. Pérez, M. Urquijo, S. Depression in adolescents. Relationship with academic achievement. *Psicología Escolar e Educativa*. 2010; 5: (1), 49-58. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572001000100006&lng=pt&tlng=en.
28. Hankin BL, Mermelstein R, Roesch L. Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Dev*. (2007) 78:279–295
29. American Psychiatric Association, APA. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. 2000
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013
31. Sadock, B. Sadock, V. Ruiz, P. Synopsis of psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Eleventh Edition. Wolters Luwer. 2015.
32. Borges G, Rosovsky H, Gómez Gutierrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publ Mex* 1996;38(3):197-206.
33. Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16(2):102-109
34. Miranda, I. Cubillas, M. Román, R. Valdez, E. Ideación suicida en población escolarizada infantil. *Salud Mental* 2009;32:495-502
35. Durbin EC, Shafir DM. Emotion regulation and risk for depression. In: Abela JRZ, Hankin BL (eds) *Handbook of depression in children and adolescents*. (2008) Guildford Press, New York, pp 149–176
36. Shipman K, Suveg C. Anger and sadness regulation: predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *J Clin Child Psychol* (2002) 31:393–398
37. Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev* (2003) 74:1869–1880

38. Larson R, Raffaelli M, Richards MH, Ham M, Jewell L. Ecology of depression in late childhood and early adolescence: a profile of daily states and activities. *J Abnorm Psychol* (1990) 99:92–102
39. Leitenberg H, Yost LW, Carroll-Wilson M. Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *J Consult Clin Psychol* (1986) 54:528–536
40. Epkins C. Mother- and father-rated competence, child-perceived competence, and cognitive distortions: unique relations with children's depressive symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol* (1998) 27:442–451.
41. Cole DA, Turner E. Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *J Abnorm Psychol* (1993) 102:271–281
42. Tems CL, Stewart SM, Skinner JR, Hughes CW et al. Cognitive distortions in depressed children and adolescents: are they state dependent or traitlike? *J Clin Child Psychol* (1993) 22:316–326
43. Ciarrochi J, Heaven PCL, Supavadeeprasit S. The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: a 1-year longitudinal study. *J Adolesc* (2008) 31:565–582
44. Siener, S. Kerns, K. Emotion Regulation and Depressive Symptoms in Preadolescence. *Child Psychiatry Hum Dev* (2012) 43:414–430. DOI 10.1007/s10578-011-0274-x
45. Lecannelier F., y cols., Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental infantil: la necesidad de reformular el rol profesional. *Horiz Enferm* 2008, 19 (1): 10-19. <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/templates/educacion/archivos/Articulo%20Lecannelier.pdf>
46. MacDermott, S. Gullone, E. Allen, S. King, N. Tonge, S. The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *J Psychopathol Behav Assess* (2010) 32:301–314. DOI 10.1007/s10862-009-9154-0
47. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992

48. Bobes-García J, G.-Portilla Mp, Bascarán-Fernández Mt, Sáiz Martínez Pa, Bousoño-García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 2a Edición. Barcelona: Arsmédica-Psiquiatría Editores S.L. 2002.
49. Lecrubier Y, Sheehan Dv, Et Al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to de CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
50. Arellano, V. Ortiz, S. Características psicométricas y confiabilidad del Índice de Regulación Emocional en Niños y Adolescentes “ERICA” (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent) y regulación emocional en adolescentes de 12 a 16 años con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Psiquiatra Infantil y de la adolescencia. UNAM. 2013
51. Zúñiga UNM (2014). Trastornos psiquiátricos usando el Mini-Kid en una muestra clínica de niños y adolescentes con y sin autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México. Tesis de subespecialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. UNAM. México, Ciudad de México.
52. Siener, S. Kerns, K. Emotion Regulation and Depressive Symptoms in Preadolescence. *Child Psychiatry Hum Dev* (2012) 43:414–430. DOI 10.1007/s10578-011-0274-x.
53. Nolen, S. Girgus, J. Seligman, M. Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a five-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* (1992) 101:405–422.
54. Hankin, B. Mermelstein, R. Roesch, L. Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Dev* (2007) 78:279–295.
55. Zeman J, Shipman K, Suveg C Anger and sadness regulation: predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *J Clin Child Psychol*(2002) 31:393–398
56. Durbin EC, Shafir DM (2008) Emotion regulation and risk for depression. In: Abela JRZ, Hankin BL (eds) *Handbook of depression in children and adolescents*. Guildford Press, New York, pp 149–176
57. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M (2000) Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *J Pers Soc Psychol* 78:136–157
58. Campos JJ, Frankel CB, Camras L (2004) On the nature of emotion regulation. *Child Dev* 75:377–394

Anexo 1. Aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general.



Comité de investigación

“2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón”

México D.F. a 11 de Noviembre 2015
Asunto: Aprobación
Oficio: 029

Dra. Armida Granados Rojas
Presente:

Por este medio le informamos que en relación a su proyecto de investigación titulado *“Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 años a 13 años en escuelas primarias públicas.”* con clave de registro **III3/01/0915**, se han revisado las modificaciones sugeridas y ha sido dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presidenta del Comité de Investigación.

Anexo 2. Aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general.



Comité de Ética en Investigación

“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

Ciudad de México, 11/02/2016

Oficio 02

Dr. Armida Granados Rojas
Responsable de proyecto

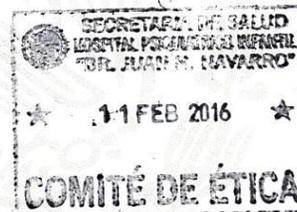
Por medio de la presente le comunico que la última revisión realizada a los documentos de consentimiento y asentimiento pertenecientes al proyecto **“Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas”**, cumplen con los requisitos normativos en materia de Ética en Investigación para ser utilizados en su proyecto.

Le deseamos éxito, y le recordamos la importancia de supervisar que sus colaboradores cumplan con la normativa vigente en el campo de la ética en investigación, durante todas las etapas de su investigación.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p. División de Investigación, HPI/DJNN
C.c.p. Comité de Investigación, HPI/DJNN

Anexo 3. Aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” para el proyecto actual.



Oficio: DI/CI/979/1216
Asunto: Registro de tesis derivada
México, D.F., a 5 Diciembre de 2016

Dra. Armida Granados Rojas
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: Propiedades psicométricas del Emotional Regulation Index in Child and Adolescent (ERICA)
No. de registro: ~~II301/0214~~
Aprobación CI: 28 febrero 2014

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título: Regulación emocional en niños escolares de 6 a 12 años con trastornos depresivos que asisten a escuelas primarias públicas de la zona poniente de la Ciudad de México
No. Registro: ~~II301/0214~~Tc
Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.
Tesista: **Indira Indiana Cabrera Abud**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

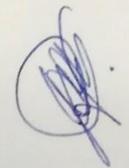
Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad
Archivo

*28/10/2017
Indira Cabrera Abud
Recibe Indira*



Anexo 4. Aprobación comité de ética.



Comité de Ética en Investigación

01/06/2017
Oficio no. 34

Dra. Indira Indiana Cabrera Abud.
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **“Regulación emocional en niños escolares de 6 a 12 años con trastornos depresivos que asisten a escuelas primarias públicas de la zona poniente de la Ciudad de México”**.

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Atte.

Psic. Cynthia Esperón Vargas.
Secretaria Técnica del Comité de Ética en Investigación

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación. Tlalpan, C.P 14080, México DF
Teléfono 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844, www.sap.salud.gob.mx

Anexo 5. Cedula de recolección de datos.

Cédula de datos sociodemográficos.

Nombre del alumno: _____ Folio: _____
 Escuela: _____
 Sexo del alumno: Femenino _____ Masculino _____ Grado Escolar: _____

Fecha de nacimiento de su hijo o hija: Día _____ Mes _____ Año _____

Edad de su hijo o hija: _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____

Vive en: Casa o departamento propio _____
 Casa o departamento rentado _____
 Vive en casa de algunos parientes _____

Vive con:	Escolaridad:	Ocupación:
Papá _____	_____	_____
Mamá _____	_____	_____
Hermanos _____	_____	_____
Abuelos _____	_____	_____
Tíos _____	_____	_____

Otras Personas _____ ¿Quiénes? _____

¿Qué lugar ocupa su hijo entre sus hermanos? _____

¿Quién cuida a su hijo o hija? _____ Escolaridad: _____

¿Tiene usted y su familia?

IMSS _____	Seguro popular _____	SEDENA _____
ISSSTE _____	Gratuidad GDF _____	Seguro Privado _____

Otro servicio de seguridad social ¿Cuál? _____

¿Alguien en su familia ha usado o usa?

Tabaco _____ ¿Quién? _____
 Alcohol _____ ¿Quién? _____
 Drogas _____ ¿Quién? _____

Alguien en su familia ha tenido o tiene:

¿Problemas de conducta? _____ ¿Quién? _____
 ¿Problemas con la ley? _____ ¿Quién? _____
 ¿Depresión? _____ ¿Quién? _____
 ¿Ansiedad? _____ ¿Quién? _____

Otra enfermedad mental ¿Cuál? _____

Su hijo ¿alguna vez ha recibido atención médica psiquiátrica o psicológica? SI _____ NO _____

En caso de que sí haya recibido atención:

¿Sabe cuál es el diagnóstico de su hijo? SI _____ NO _____

¿Cuál es? _____

Anexo 6. Entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes, MINI-KID.

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

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

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

Versión en Español:

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

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

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

La MINI para adultos está disponible:

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

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

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

Anexo 7. Emotion Regulation Index for Children and Adolescents, ERICA. Versión en español.

A continuación, aparece una lista de enunciados, lee cada uno y marca con una "X" la opción que refleje mejor la forma de **cómo te sientes y te comportas**. No te detengas mucho tiempo leyendo cada enunciado. Recuerda que no se trata de un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas.

No.	Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Soy una persona feliz					
2.	Cuando los adultos son amigables conmigo, yo también soy amigable con ellos					
3.	Cuando las cosas cambian o tengo que intentar algo diferente mi reacción es adecuada					
4.	Cuando me molesto, me calmo rápidamente					
5.	Cuando las cosas no salen como yo esperaba, me irrito fácilmente					
6.	Cuando otros niños son amigables conmigo, yo también soy amigable con ellos					
7.	Tengo arranques de ira					
8.	Disfruto cuando otra persona se lastima o está triste					
9.	A veces puedo ser muy latoso					
10.	Me molesta cuando un adulto me dice lo que puedo hacer y lo que no puedo hacer					
11.	Soy una persona triste					
12.	Me cuesta trabajo ser paciente cuando se trata de esperar para obtener algo que quiero					
13.	Soy callado y tímido y por lo general no demuestro mis sentimientos					
14.	Hago cosas sin pensar					
15.	Cuando alguien está triste me preocupo por esa persona					
16.	Me gusta meterme donde no me llaman y molestar a los demás					

Anexo 8. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a _____ de _____ de 2016.

La presente investigación, es conducida por la Dra. Silvia Ortiz León, investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la colaboración de la Mtra. Aurora Jaimes Medrano (UNAM), la Dra. Armida Granados, la Dra. Indira Indiana Cabrera Abud, la Dra. Rocío Hinojosa, la Dra. Rosario Andrade y el Dr. Luis Salinas. (HPIJNN).

Tiene como objetivo **detectar enfermedades mentales en niños que acudan a escuelas primarias en la Delegación Álvaro Obregón.**

El procedimiento inicia con una reunión con los padres del niño en la que se llevará a cabo el llenado de una Cédula de datos sociodemográficos y después una sesión en la que se aplicará una entrevista para la identificación de síntomas de enfermedades psiquiátricas en su hijo, con el tiempo aproximado de 1 a 2 horas, para este último evento.

La participación es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún propósito, fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán codificadas usando un folio de identificación, por tanto, serán **anónimas**.

Al final de la aplicación de los instrumentos y en caso de que su hijo@ requiera atención especializada, se le entregará documento para acudir a una institución específica. La información se entregará en sobre cerrado y debidamente rotulado con la dirección a donde acudir.

Si tiene dudas sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma a usted o a su hij@.

Agradecemos su participación y solicitamos en caso de haber entendido lo explicado y de estar de acuerdo en que su hij@ participe, firme el presente documento.

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del investigador que recaba.

Nombre y firma de testigo.

Nombre y firma de investigador testigo.

Anexo 9. Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a _____ de _____ de 2016.

La presente investigación, es conducida por la Dra. Silvia Ortiz León, investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la colaboración de la Mtra. Aurora Jaimes Medrano (UNAM), la Dra. Armida Granados, la Dra. Indira Indiana Cabrera Abud, la Dra. Rocío Hinojosa, la Dra. Rosario Andrade y el Dr. Luis Salinas. (HPIJNN)

Tiene como objetivo **detectar enfermedades mentales en niños que acudan a escuelas primarias en la Delegación Álvaro Obregón.**

Te invitamos a participar, una vez que tu madre, padre o tutor acudió a una reunión donde le explicamos el proyecto y realizó el llenado de una Cédula de datos sociodemográficos, además de firmar un documento donde acepta que **tú** participes en el estudio. Por lo anterior, en esta sesión te aplicaremos una entrevista para la identificación de síntomas de enfermedades psiquiátricas, en un tiempo aproximado de 1 a 2 horas.

Tu participación es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún propósito, fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán codificadas usando un folio de identificación, por tanto, serán **anónimas**.

Si tienes dudas sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación. Igualmente, puedes retirarte de la investigación en cualquier momento sin que esto te perjudique a ti o a tu padre, madre o tutor.

Agradecemos tu participación y solicitamos en caso de haber entendido lo explicado y de estar de acuerdo en participar, firmes el presente documento.

Nombre y firma del niño@

Nombre y firma de testigo.

Nombre y firma del investigador.

Nombre y firma de investigador testigo.

Anexo 10. Certificado NIH.

