



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 81

**Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia  
Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**Tesista: Dr. Juan Fidencio Garcia Plata**

**Asesor de Tesis: Dr. Erick Ruiz Villanueva**

Acuña Coahuila 2018

**Registro: R-2016-506-3**



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.

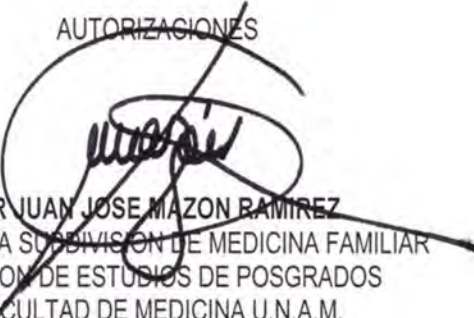
**“Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia  
Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81”**

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista  
En Medicina Familiar

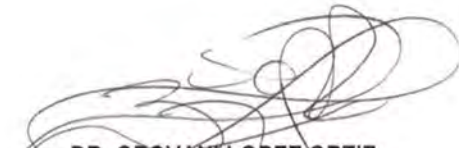
Presenta

**Dr. Juan Fidencio García Plata**


AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**  
COORDINACION DE INVESTIGACION  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.




**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL DE COAHUILA  
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD  
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 81

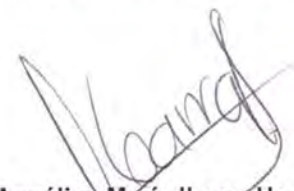
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia  
Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar #81




Dra. María de Jesús Vargas Castillo

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de U.M.F.  
81, Cd. Acuña Coahuila



Dra. Angélica María Ibarra Hernández

Coordinador Clínico de Educación en Salud de U.M.F. 81, Cd Acuña Coahuila



Dr. Fernando Salazar Quiroga

Director Médico de U.M.F. 81, Cd. Acuña Coahuila

# Dictamen de Autorización

 MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA		<b>Dirección de Prestaciones Médicas</b> Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud	 IMSS
---	---	---	---

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **506** con número de registro **14 CI 05 032 036** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA **14/07/2016**

**LIC. JUAN FIDENCIO GARCIA PLATA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-506-3

ATENTAMENTE



**DR.(A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## Frases Célebres

*“El Tiempo es muy lento para los que esperan, muy rápido para los que temen, muy largo para los que sufren, muy corto para los que gozan; pero para los que aman el tiempo es una eternidad.”*

**WILLIAM SHAKESPEARE**

*“La Persona que no está en paz consigo misma, será una persona en guerra en el mundo entero.”*

**GHANDI**

*“Nada en el mundo es más peligroso que la ignorancia sincera y la estupidez concienzuda”*

**MARTIN LUTHER KING**

*“Nuestros Complejos son la fuente de nuestra debilidad, pero con frecuencia son también la fuente de nuestra fuerza.”*

**SIGMUND FREUD**

*“No te quejes de tu pobreza, de tu soledad o de tu suerte. Enfrenta con valor y acepta que de una u otra manera son el resultado de tus actos y la prueba que has de ganar.”*

**PABLO NERUDA**

*“El significado de la vida es encontrar tu talento, el propósito de la vida es compartirlo ”*

**PABLO PICASSO**

*“El que no tenga el valor de sacrificarse, por lo menos debe tener el pudor de callarse frente a los que se sacrifican.”*

**JOSE MARTI**

Título

**Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia  
Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81**

## ÍNDICE

Dictamen de Autorización.....	4
Frases Célebres.....	5
Título .....	6
Resumen:.....	8
Planteamiento del Problema .....	9
Justificación .....	10
Objetivo General .....	12
Objetivo Especifico .....	13
Marco Teórico. ....	14
Metodología.....	23
Variables.....	26
Criterios de Selección .....	27
Plan de Análisis Estadístico .....	28
Resultados .....	29
Conclusiones .....	36
Discusiones.....	37
Anexos.....	38
Bibliografías.....	45



## Resumen:

Título: Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81

Introducción. Los Trastornos Mentales se consideran un problema de salud a nivel mundial, se estima que para el año 2020 la Depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante y la primera en países desarrollados. La Depresión Infantil es un trastorno que afecta en todos los aspectos de la vida de los niños llevando cambios importantes en su forma de sentir, pensar y de comportarse, así como también cambios físicos pudiendo interferir en todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares.

Objetivo General. Identificar la Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81.

### Material y Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en cual se aplicó un cuestionario del CDI (Cuestionario Depresión Infantil) instrumento utilizado para valorar Depresión infantil, la población que reunió los criterios de estudio se analizaron en el periodo comprendido Julio –Diciembre 2017 y los participantes fueron escolares entre 6 y 11 años de edad y pertenecientes a una familia mononuclear derechohabientes Unidad de Medicina Familiar # 81 .

### Resultados

Durante este estudio realizado en Unidad de Medicina Familiar #81 Cd. Acuña Coahuila, se encontró en un Estado Anímico Normal a 57 niñas (15.41 %) y 66 niños (17.84%), el resto de la población estudiada resultaron con Trastorno Depresivo de Leve a Moderado con 128 niñas (34.59 %) y 119 niños (32.16 %), durante el periodo que comprendido este estudio no hubo registro alguna de escolares en Depresión Severa o Máxima.

### Conclusiones

La Estructura Familiar seguirá siendo considerada como un factor de riesgo para la presencia de Depresión Infantil, además de confirmar que sexo más vulnerable es femenino, no habiendo mucha variabilidad con sexo masculino hoy en día.

PALABRAS CLAVE:Escolar,Familia, Depresión.

## Planteamiento del Problema

La Familia es una parte fundamental y básica de la sociedad en la cual se establecen las normas que señalan cómo debe comportarse cada uno de sus integrantes y en especial los hijos.

Siendo por ello el núcleo más importante de cualquiera de los grupos sociales donde sus elementos básicos son: el matrimonio y los hijos.

Los cambios en el pensamiento de la familia actual considerada como normal son producto de fenómenos sociales y culturales, pues cada vez se presentan más dificultades debido a la inadecuada comunicación que existe entre sus miembros, lo que puede conducir a la inevitable desintegración familiar afectando a todos ellos en especial a los hijos.

La desintegración familiar, representa uno de los fenómenos con mayor impacto en la sociedad, pues afecta a su núcleo principal: la Familia, produciendo un cambio en la misma, este problema se ha generado debido al tipo de vida actual que se lleva en esta sociedad tan preocupada por el desarrollo del capital, lo que ha producido el desgaste de ciertas relaciones sociales como las existentes en las familias.

El problema seleccionado para realizar el presente trabajo de la Investigación es cuál es la incidencia de Trastornos Depresivos en la infancia en los escolares provenientes de familias mononucleares adscritos a UMF# 81 por lo que se seleccionó este problema por la preocupación que causa la Depresión en la actualidad a nivel mundial.

## Justificación

Mientras en la niñez los Trastornos Depresivos no existen diferencias entre los géneros en relación a estos estados de ánimo, la incidencia Depresión en los niños es probablemente del 6%, aunque no se saben las cifras exactas.

La Depresión y el riesgo de suicidio que la acompaña aumentan significativamente durante la adolescencia. Es importante tomar en cuenta el impacto que ejerce la separación de los padres en los hijos, el cual puede variar según su edad y va acompañado de una serie de cambios emocionales que implican un gran esfuerzo de adaptación a la nueva situación, produciendo en ocasiones Trastornos Depresivos por lo que es necesario apoyar a las familias tratando de reducir las consecuencias negativas.

Las Familias desintegradas ya sea por divorcio separación y emigración son un tipo de estructura familiar mononuclear actual, algunas veces favorecida por los problemas económicos y la pérdida de valores familiares, lo que requiere de una atención especial y un análisis detenido, más a nivel infantil.

El proceso desintegración sea cual fuere la causa es una fuente de gran estrés, que está acompañado de muchos sentimientos y emociones desagradables y perjudiciales como son: culpa, rencor, lástima, dolor, miedo, odio, tristeza; lo cual puede tener implicaciones en su salud mental y en el desarrollo personal y social. Esto motiva a realizar acciones que ayuden a superar dichos estados emocionales, pues si no son tratados pueden trascender en forma negativa en la vida de los hijos.

Sea una de la psicopatología infantil más, lo primero y lo más evidente que pierden los niños tras una estructuración familiar mononuclear es la comunicación diaria con uno de sus padres, por ello es común observar en los hijos sentimientos como desvalorización personal, cambios de conducta, mostrarse más irritables, miedo al abandono y regresión, miedo a ser desplazados, fantasías de reconciliación, rompimiento con todas las responsabilidades, las reglas, la disciplina o huir usando las drogas o alcohol y el embarazo temprano.

Es importante que conozcamos acerca de este tema para poder contribuir con el desarrollo integral de los escolares mostrando afecto y comprensión para así ayudar superar los efectos psicológicos y socio-emocionales que pudieron haber causado la desintegración familiar.

El comienzo de la Depresión puede ser súbito o gradual por corto o largo plazo, reconocer y diagnosticar esta psicopatología en los niños es difícil debido a que puede estar presente al mismo tiempo en otros Trastornos, como la Ansiedad y por Déficit de Atención con Hiperactividad.

A pesar de que un niño puede presentar uno o más síntomas de Depresión, generalmente se considera un Trastorno Depresivo Mayor si se observan cuatro o más síntomas por un largo período de tiempo. Las características de la Depresión varían en relación con la edad y el nivel de desarrollo del niño. Por ejemplo, quejas sobre molestias físicas, agitación, ansiedad y temores se ven más a menudo en niños más jóvenes. Los adolescentes, por otro lado son más propenso a exhibir una conducta antisocial e inclinada al debate y a la argumentación y a demostrar inquietud e irritabilidad.

El aprendizaje se hace un proceso vital y una responsabilidad del ser humano, ya que le permite actualizar nuevas capacidades potenciales del individuo que se encuentran en estado latente motivopor el cual la importancia de las características personales del escolar por supuesto su autoestima.

## Objetivo General

Identificar la Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia Mononuclear Pertenecientes a Unidad de Medicina Familiar # 81.

## Objetivo Especifico

- Estudiar la relación entre la Estructura Familiar con los Trastorno Depresivo escolar.
- Determinar la edad promedio de inicio de Trastorno Depresivo en escolares.
- Establecer la continuidad de predominio del sexo femenino en Estado Depresivo.
-

## Marco Teórico.

*“Entre la inocencia de la infancia y la dignidad de la madurez encontramos una encantadora criatura llamada niño”*

La Depresión Infantil fue descrita en 1945 por el Psicoanalista Rene Spitz después de darse cuenta de que los niños recién nacidos huérfanos que se encontraban en hospitales durante el periodo de la segunda guerra mundial tenían una serie de sintomatología depresiva en la cual se debían a la ausencia maternal.

En los años 70 aún no era considerada como una patología. Entonces se pensaba que los niños eran seres alegres por naturaleza, lloran y están tristes por estados pasajeros<sup>2</sup>. La comunidad científica sostuvo durante muchos años que la Depresión Infantil no existía hasta el año de 1975 donde este trastorno fue aceptado por el Instituto de Salud Mental de EU<sup>1</sup>. Por lo tanto la Depresión Infantil se puede entender como una situación afectiva involucrando tristeza de mayor intensidad y duración como lo puede ocurrir en un niño. Durante un largo periodo de tiempo la comunidad científica sostenía que la Depresión Infantil no existía, sin embargo actualmente en el mundo existen muchos niños deprimidos, por lo que algunos clínicos empezaron a revelarse, esto comenzó a ocurrir hacia los años 40 en distintos campos de la psicología aplicada, por parte de Akerson, Spitz, Bowlby, entre otros<sup>1</sup> considerándose uno de los problemas de salud mental más frecuente hoy en día en la sociedad a nivel mundial.

En el Trastorno Depresivo no hay nada más importante que recibir la atención primordial por parte de la gente que los rodea, en especial familia siendo este nuestro deber como miembro de la misma cuidar por el bienestar de los niños que serán el futuro de nuestra sociedad<sup>2</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos padre, madre, hermanos, con vínculos consanguíneos o adopción, con un modo de crecimiento emocional y cognitivo, con sentimientos afectivos que los unirán de por vida.

La infancia es la etapa más importante de la vida, en la cual se desarrollan todos los valores afectivos e intelectuales de todo niño por lo cual la autoestima es indispensable para un buen crecimiento de carácter emocional del que dependerá el éxito o fracaso en su proyecto de vida.

Las familias mexicanas no han sido ajenas a estos cambios, muchos de los cuales han estado estrechamente vinculados a la dinámica demográfica. El número de hogares aumentó rápidamente, aunque con un número de miembros cada vez más reducido y constituidos de manera creciente por hogares mononucleares, unipersonales y por familias reconstituidas. En especial, los hogares encabezados por una mujer sin pareja y con hijos han aumentado significativamente en los últimos años<sup>3</sup>.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentren y puede corresponder alguno de los siguientes tipos de familia: familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos), familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia mononuclear es un solo cónyuge y sus hijos; familia reconstituida es formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior; personas sin familia es persona que vive sola; equivalentes familiares son personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional<sup>4</sup>.

CON PARENTESCO	
	CARACTERISTICA
NUCLEAR	HOMBRE Y MUJER SIN HIJOS
NUCLEAR SIMPLE	PADRE Y MADRE CON 1 A 3 HIJOS
NUCLEAR NUMEROSA	PADRE Y MADRE CON 4 HIJOS O MÁS
RECONSTRUIDA	PADRE Y MADRE EN DONDE ALGUNO O AMBOS ES DIVORCIADO O VIUDO
MONOPARENTAL	PADRE O MADRE CON HIJOS
MONOPARENTAL EXT.	PADRE O MADRE CON HIJOS MAS OTRAS PERSONAS CON PARENTESCO
MONOP. EXT. COMP.	PADRE O MADRE CON HIJOS MAS OTRAS PERSONAS CON O SIN PARENTESCO
EXTENSA	PADRE Y MADRE CON HIJOS MAS OTRAS PERSONAS CON PARENTESCO
EXTENSA COMPUESTA	PADRE Y MADRE CON HIJOS MAS OTRAS PERSONAS CON O SIN PARENTESCO
NO PARENTAL	FAMILIARES CON VINCULO DE PARENTESCO QUE REALIZAN FUNCIONES O ROLES DE FAMILIA SIN LA PRESENCIA DE LOS PADRES (TIOS-SOBRINOS, ABUELOS-NIETOS, PRIMOS-HERMANOS)



PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR	CARACTERISTICA
NUCLEO INTEGRADO	PRESENCIA DE AMBOS PADRES EN EL HOGAR
NUCLEO NO INTEGRADO	NO HAY PRESENCIA FISICA DE ALGUNO DE LOS PADRES
EXTENSA ASCENDENTE	HIJOS CASADOS O EN UNION LIBRE QUE VIVEN EN LA CASA DE ALGUNOS DE SUS PADRES.
EXTENSA DESCENDENTE	PADRES QUE VIVEN EN LA CASA DE ALGUNO DE SUS HIJOS
EXTENSA COLATERAL	NUCLEO O PAREJA QUE VIVE EN LA CASA DE FAMILIARES COLATERALES (PRIMOS, TIOS, ABUELOS, ETC)

En la Depresión Infantil podemos tener una diferencia fundamental entre las familias nucleares y las mononucleares radica en que las primeras cuentan con al menos dos adultos que potencialmente pueden incorporarse al mercado de trabajo, mientras que en las segundas hay un adulto menos, lo que puede traducirse en capacidad de crianza y disponibilidad de tiempo limitadas, así como en escasas posibilidades de ahorro y de inversión<sup>3</sup>.

Tanto la prevalencia e incidencia de la Depresión Infantil es similar a la de la Depresión de los adultos, según la Organización Mundial de la Salud estima que un 6% de la población infantil sufre depresión, que representa entre 10 y 15% de las consultas de psiquiatría infantil. En el año 1975 la Depresión Infantil fue aceptada por el National Institute of Mental Health como concepto y entidad psicopatológica es un proceso algo difícil de diagnosticar por ser multifactorial además de que un niño no tiene los recursos necesarios como lo tiene un adulto para describir lo que le pasa o como le pasan las cosas, motivo por el cual es complejo su diagnóstico y en ocasiones pasan inadvertidos para los padres y personal de salud como los son médicos familiares o pediatras en su caso como especialidad propia de la infancia <sup>1</sup>. El estado de ánimo depresivo es una parte común y universal de la experiencia humana y puede ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas, la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo como lo son sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, con una detección y tratamiento oportuno <sup>5</sup>.

Durante mucho tiempo se consideraba que la Depresión en niños, no existía que era propia de la edad adulta sin embargo en los últimos 30 años se empezó a reconocer a la Depresión como un padecimiento que también afecta a los niños y adolescentes por lo cual ha adquirido gran importancia en el ambiente científico y ha comenzado atraer la atención del público en general<sup>6</sup> motivo por el cual la salud mental ha cobrado mayor relevancia en las últimas décadas al existir un aumento de niños afectados por problemas psicológicos y psiquiátricos siendo uno de los factores la estructura familiar mononuclear, entre estos trastornos encontramos la Depresión Infantil, que se constituye como un complejo que ha sido reconocido relativamente hace poco tiempo como una entidad clínica<sup>7</sup>.

La incidencia de Depresión Severa en los niños es probablemente del 5% al 6%, aunque no se saben las cifras exactas ya que ha ido en incremento conforme pasan los años y se desintegran más las familias, aunque en la niñez no existen diferencias entre los géneros en relación a los trastornos del estado de ánimo, las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión durante la infancia y la etapa adulta<sup>5</sup>.

Los niños expuestos a conflictos diarios entre sus padres presentan un riesgo elevado de padecer problemas de salud mental donde no todos los niños se ven afectados del mismo modo, sino que depende de cómo interpreten los conflictos entre sus padres una vez detectado el episodio depresivo en que se encuentre el menor es importante tratar a tiempo para no afectar su desarrollo.

La Autoestima en este caso del niño se reconoce como un indicador de desarrollo personal fundado en la valoración positiva, negativa y neutra que cada persona hace de sus características cognitivas, físicas o psicológicas, dicha valoración se construye sobre la base de la opinión de cada persona que tiene sobre sí misma, la escuela constituye el 2<sup>do</sup> lugar donde el niño desarrolla su autoestima y es en el aula donde se complementa y se refuerza este rasgo de personalidad, esta forma parte importante del desarrollo en el niño por lo tanto es un factor determinante de la conducta y la manera de comportarse en la sociedad<sup>8</sup>.

La familia es considerada como la célula base de la sociedad por su papel en el cumplimiento de importantes funciones afectivas, educativas y socioeconómicas, pero en la actualidad se ha visto afectada por el fenómeno del divorcio (referido a uniones legales estables) o separación (referido a uniones consensuales), donde la mayoría llegan a ser nocivos para cada uno de los miembros de la familia, causando mayor impacto en los hijos<sup>11</sup>.

Cuando en la familia hay problemas de divorcio, separación, maltrato familiar, emigración por parte de un padre, el rendimiento de los niños y niñas en el ámbito escolar se ve perjudicado por que les hacen vivir situaciones extremas haciendo que algunas ocasiones la relación fracase llevando consigo el cuidado del menor por un solo padre o madre (mononuclear) interfiriendo en su normal desarrollo.

La situación mundial refleja que el aumento de rupturas matrimoniales es un fenómeno creciente en muchos países. La duración media de los matrimonios que terminan en divorcio varía mucho, en algunos países ni siquiera llegan a su décimo aniversario. algunos países exhiben tasas de divorcio mayores del 50 % los cuales son relacionados con el nivel de vida y el cambio en los roles sociales esencialmente de las mujeres<sup>11</sup>.

La Familia entonces, tienen un valor de refugio afectivo y de aprendizaje social para todo niño; es la primera y más importante de las escuelas, en ella se nace, en ella se disfruta y en ella se descubre lo hermoso de sentir, que gracias a ella alguien siempre te espera, que tu llegada representa alegría, que amas y eres amado. Si algo hace feliz o infeliz a los seres humanos son sus relaciones familiares. Cuando todo va bien con la familia, las personas se alegran, cuando hay problemas de salud o pérdidas en la familia, se producen grandes depresiones o decepciones. La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal, por ello es conveniente, en este sentido, propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de la salud general<sup>13</sup>.

La Familia siempre ha sido no solo el entorno más próximo a la persona sino uno de los elementos claves en este proceso al que nos estamos refiriendo<sup>9</sup>. La Depresión al igual que otras enfermedades, puede manifestarse de diferentes formas, caracterizándose por variaciones en el número de síntomas, severidad y persistencia de los mismos, teniendo como característica una alteración del estado de ánimo.

La Depresión se clasifica en tres tipos: Trastorno Depresivo Mayor (depresión mayor), Distimia o Depresión leve y Trastorno Bipolar (trastorno maniaco-depresivo) y los Trastornos Mentales se consideran un problema de salud a nivel mundial. Afectando en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo mientras el 20% de niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental<sup>6</sup>.

La Depresión Infantil aparte de multifactorial es el resultado de uno o más factores en los cuales se pueden incluir como neuroquímicos, genéticos, ambientales, estrés variando de niño a niño. Algunos estudios han reportado anormalidades en los sistemas de neurotransmisión, como es el caso de la serotonina, norepinefrina, corticotropina y cortisol. Estudios realizados han demostrado que se presentan Trastornos Depresivos y de Ansiedad cuando existe una deficiencia en la síntesis de serotonina o por una alteración de regulación en la síntesis de la noradrenalina <sup>6</sup>.

El criterio de diagnóstico para Depresión establece que los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día durante al menos dos semanas consecutivas, describiendo alguna sintomatología que nos puede orientar en caso de encontrar a un niño en episodio depresivo y la forma que se le puede otorgar ayuda. La Depresión Infantil es un tema que ha sido poco estudiado ya que su sintomatología se aleja de la manifestada en los adultos. Por otro lado, hay quienes se cuestionan un diagnóstico prematuro de este trastorno del comportamiento. No obstante, en la actualidad son cada vez más los niños que presentan una serie de síntomas recurrentes e igualmente, padres que recurren a las valoraciones psiquiátricas y psicológicas debido a tales manifestaciones<sup>10</sup>.

Autoestima baja y tendencia a criticarse por sí mismo: Elogiar a su Hijo con sinceridad, acentuando del niño lo positivo de una manera comprensiva señalando los sentimientos correctivos una vez que estos se presenten.

Culpabilidad: Ayudar al niño a distinguir los acontecimientos que él puede controlar y los que están fuera de su alcance hacérselos ver.

Estabilidad Familiar: Disminuir los problemas familiares y preocupaciones para mantener una estabilidad emocional en el niño.

Desesperación e Impotencia: Pedirle a un niño que hable de su sentir ya sea de forma verbal o escrita tratando de comprenderlo en todo momento.

Perdida de Interés y Tristeza: Preparar una actividad interesante y agradable a la Vista del niño para atender el episodio de depresión por el que pasa.

Apetito y problemas de Peso: Preparación de comidas favoritas sin obligar al niño a comer dejando tomar su propia decisión de cuando hacerlo.

Dificultades para dormir: Iniciar con una actividad relajante como leer o escuchar música estableciendo un horario.

Agitación e Inquietud: Estimulación de recreación y ejercicio enseñándolo a realizar técnicas de relajación.

Temores Excesivos: Reducción de Problemas familiares frente a los niños en cualquier etapa para evitar preocupaciones y afectación sobre su desarrollo.

Comportamiento Agresivo e Ira: Rechazar la conducta destructiva con palabras mas no reaccionando con golpes.

Dificultad Para Pensar y Concentrarse: Estimular incorporación a la sociedad esto le ayudara al aprendizaje.

Pensamientos Suicidas: Buscar Ayuda Inmediata en caso de alarma sobre un suicidio.

Depresión Persistente: Valoración por Psicología o Psiquiatría <sup>5</sup>.

Los Padres también tiene gran influencia en ellos así como la sociedad y más aún las personas que están en constante relación con ellos, de esta manera se va adquiriendo particularidades que irán formando al ser para enfrentar las etapas posteriores para un buen desarrollo Biopsicosocial <sup>11</sup>.

El profesor Gordon Harold describió que los niños expuestos a conflictos diarios entre sus padres, no violentos pero sí frecuentes, intensos y mal resueltos estos tendrán una mayor incidencia de presentar un riesgo elevado de padecer problemas de salud mental, no todos los niños se ven afectados del mismo modo, sino que depende de cómo interpreten los conflictos de la dinámica familiar entre sus padres sin importar su estructuración<sup>12</sup>.

El funcionamiento de la familia resulta favorecedor de la salud siempre y cuando sus integrantes reúnan una condición dinámica de bienestar social, siendo que está sujeta a variaciones debido a las influencias de cambio de los factores que la conforman.

De las relaciones interpersonales familiares en las cuales la familia de estructuración y dinámica familia una de ellas y la que predomina en la actualidad es la familia monoparental en el cual el niño sé que da bajo el cuidado durante uno de los padres<sup>13</sup>

Considerándose como factor de riesgo de la Depresión Infantil siendo este un proceso multifactorial y complejo con la probabilidad de su desarrollo ya que depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad<sup>14</sup>.

Los problemas de salud mental que tienen mayor demanda en la consulta externa de las instituciones psiquiátricas públicas en México son las relacionadas con el estrés, como los Trastornos Depresivos disociales al igual que los problemas de aprendizaje según la Secretaria de Salud del 2001<sup>15</sup>. Algunos componentes Asociados a los síntomas objetivos de la Depresión son en los que el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios, para conseguir la modificación del Síndrome Depresivo y

tratarlo a tiempo relacionando entre sí los factores y estableciendo un diagnóstico con un tratamiento Médico Oportuno. Síntomas afectivos anteriormente mencionados como los motivacionales tienden a la evitación de actividades constructivas y cotidianas otros como cognitivos perciben los problemas como pensamientos absolutistas de todo o nada mientras que los conductuales reflejan pasividad e inactividad, evitación o huida del contacto social y por último los fisiológicos o vegetativos alteraciones del sueño, apetito y tensión motora<sup>16</sup>.

Dentro de las políticas internacionales la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado un llamado para que los países avancen en sus políticas públicas en salud mental y que inviertan en los recursos necesarios para la realización de programas de promoción, prevención y rehabilitación en salud mental para así ofrecerle a la Población Infantil una mejor calidad de vida ante la sociedad actual<sup>17</sup>.

En la edad escolar se puede considerar una etapa decisiva de la vida, porque es la fase donde se obtienen conocimientos y adquieren experiencias esenciales para desarrollar su capacidad como seres humanos Están en la etapa de la vida en que avivan su desarrollo intelectual, consolidan sus capacidades físicas, motivo por el cual les deja un aprendizaje de la forma de relacionarse con los demás y aceleran la formación de su identidad y su autoestima.

Durante un episodio Depresivo impiden el normal desarrollo de la enseñanza y afectan gravemente a las relaciones interpersonales algunas veces presentándolas durante la etapa de su adolescencia donde estas conductas serán, más problemáticas y graves. No obstante, en el área infantil muchas patologías se encuentran como criterio no especificado con el agregado de que muchos diagnósticos infantiles se realizan con criterios hechos para adultos. Por ello que el motivo de consulta en Salud Mental Infantil no resulta concretado. La psicología aún no tiene investigaciones sistematizadas acerca de la depresión infantil, los casos varían dependiendo de las particulares patologías del infante y la edad del niño. "la depresión infantil es un cuadro complejo de reconocimientos relativamente recientes como entidad Clínica dentro de la psicología"<sup>10</sup>.

## Metodología

### Material y Métodos

Los Participantes Escolares en este estudio serán Niños entre 6 y 11 años de edad y pertenecientes a una familia mononuclear derechohabiente Unidad de Medicina Familiar # 81 Turno Matutino y Vespertino del Instituto Mexicano del Seguro Social tomándose una muestra en igualdad de Género ( 185 Niños y 185 Niñas ) en el cual se realizara estudio observacional, descriptivo y transversal en cual se aplicara cuestionario del CDI (Cuestionario Depresión Infantil) que es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos.

Consta de 27 preguntas, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia trastorno depresivo en el niño, Su aplicación es de carácter Individual (en niños pequeños y población clínica) en tiempo estaría entre 10 y 25 minutos con niños de edad de 6 a 11 años.

El Contenido de las preguntas cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento las preguntas deben leerse en tercera persona.

El Inventario CDI (Children's Depression Inventory) o Inventario de Depresión Infantil, de M. Kovacs, es el test para la Depresión Infantil más utilizado en todo el mundo.

Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes y su facilidad de lectura permite la aplicación del mismo.



El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 25 minutos, en función de la habilidad lectora del niño.

Estos son los 27 ítems de la prueba, en los que el niño tiene que elegir una de entre tres opciones, aunque también puede ser contestado por adultos de referencia (padres y maestros del niño):

Instrucciones de Aplicación:

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Se escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo se ha portado, cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas, luego se coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan(a, b o c) según su comportamiento subrayar una opción. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad posible con ayuda del Padre o Madre en este caso"

A) Diseño de Estudio:

Se Realizó un Estudio transversal, descriptivo, observacional, Tipo Encuesta

B) Periodo de Estudio:

Julio – Diciembre 2017

C) Lugar de Estudio:

Unidad de Medicina Familiar No. 81 Ciudad Acuña, Coahuila

D) Universo de trabajo:

Población de Estudio:

Niños cumplan criterios de edad escolar (6- 11 años) pertenecientes a Familia Mononuclear que asistan a consulta externa de lunes a viernes.

Tamaño de la Muestra:

La muestra que se calculó es de 5315 pacientes escolares de ambos Turnos. Tomando en cuenta igualdad en sexo de un total de 370 escolares (185 Niños y 185 Niñas)

Para obtener el tamaño de muestra se utilizó la fórmula de muestreo para poblaciones finitas.

Para obtener el tamaño de muestra se utilizó la fórmula de muestreo para poblaciones finitas.

$$n = \frac{NZ\alpha^2pq}{d^2(N-1) + Z\alpha^2pq}$$

Donde:

N = Total de la población = 5315

Z $\alpha$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = Precisión 5%

n = 370

## Variables

### Dependientes

- Sexo
- Edad.

### Independientes

- Grado Escolar
- Resultado del cuestionario CDI
  
- Escolar con origen en el término latino scholāris, la palabra escolararse refiere a lo que tiene que ver con la escuela o con los alumnos. El término puede utilizarse para nombrar al estudiante que acude a la escuela para formarse.
  
- Edad Escolar Grado de desarrollo intelectual de una persona, determinado por pruebas de inteligencia en relación a su edad biológica. El Desarrollo de la infancia entre los 6 y 11 años de edad es decisivo para consolidar las capacidades físicas e intelectuales ,para la socialización con las demás personas y para formar una identidad y la autoestima de los individuos
  
- Sexoes el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética

## Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

Escolares (6a-11a) perteneciente a familia mononuclear, siendo derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 81 de Ciudad Acuña, Coahuila.

- Criterios de Exclusión

Escolares (6a-11a) con otro tipo de Estructura Familiar.

- Criterios de Eliminación

Escolares (6a- 11ª) no adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 81.

## Plan de Análisis Estadístico

En este estudio se realizó cuestionario del CDI (Cuestionario Depresión Infantil) M. Kovacs donde se incluyó al mismo número de niños y niñas con consentimiento de los padres para elaboración del mismo, realizándose por medio de ítems (27) donde cada pregunta daba tres opciones de respuesta donde se analizaban y al final se valoraba totalidad dando como resultado un diagnóstico.

Investigador Principal: Dr. Juan Fidencio Garcia Plata

### Recursos Materiales:

- computadora
- hojas papel bond
- plumas

### Recursos Humanos

- Medico
- Escolar (6<sup>a</sup>-11<sup>a</sup>)
- Padre familia
- 

### Financiamiento del Proyecto

- Este proyecto será autofinanciado, con los recursos propios

## Resultados

Este estudio se realiza en Unidad de Medicina Familiar # 81 en Cd. Acuña Coahuila México en ambos turnos tomando en cuenta igualdad de Género , con una muestra obtenida de 370 Escolares ( 185 Niños y 185 Niñas ) en un periodo comprendido 01 Julio – 31 Diciembre 2017, donde 370 escolares represento (100%) de la población estudiada y que en compañía de sus Padres voluntariamente aceptaron realizar la encuesta ( CDI).

Del total de la muestra encontramos 185 Niños (50 %) y 185 Niñas (50 %) de los cuales se encuentran edad escolar (6a-11 a) a los que se valoró con Encuesta El Inventario CDI (Children's Depression Inventory) o Inventario de Depresión Infantil para detección Oportuna de Trastornos Depresivos.

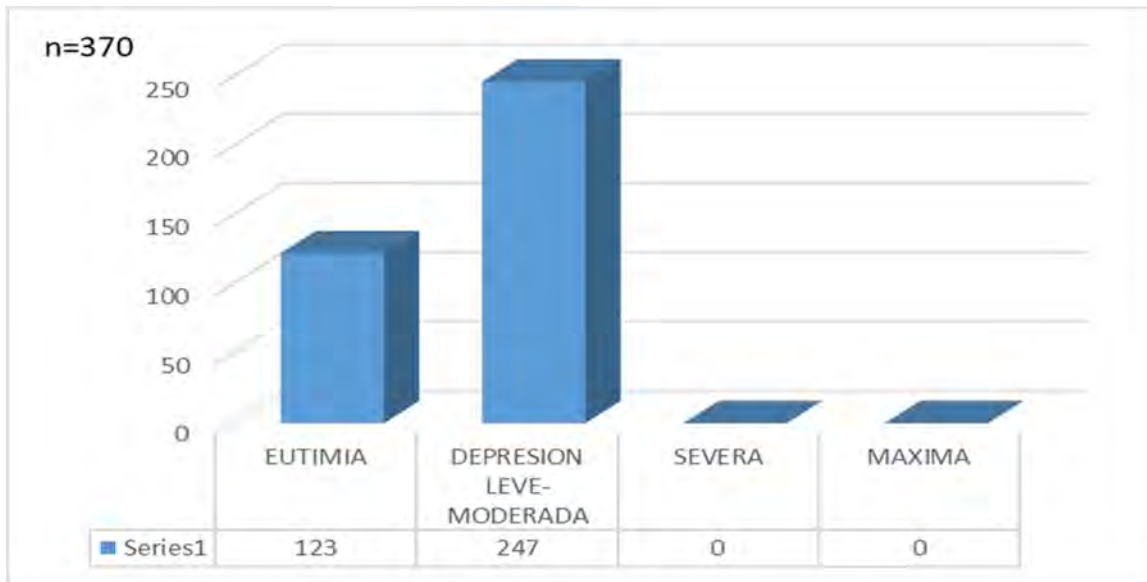


Figura 1 Distribucion según Estado de Animo en Escolares ( 6ª- 11ª)

De la Población que se analizó en la Unidad de Medicina Familiar # 81 de ambos turnos, fueron alrededor de 370 escolares (100%) donde se registra un total de 123 escolares ( 33.24%) con Estado de Ánimo Normal, mientras que 247 escolares ( 66.76%) correspondiente según encuesta CDI a un Trastorno Depresivo Leve- Moderado ( figura 1 ).

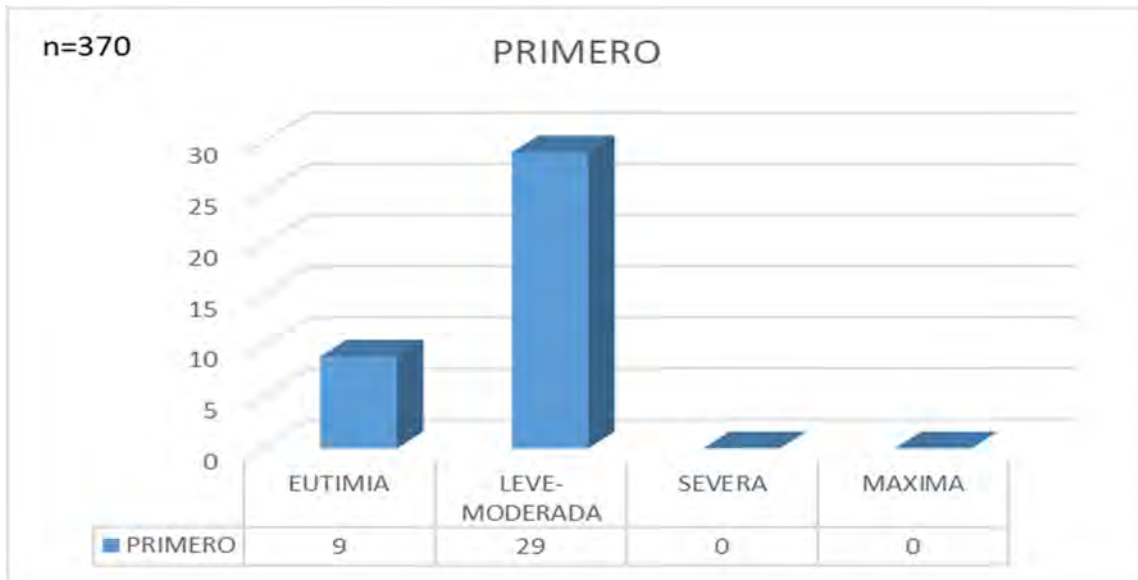


Figura 2 Distribucion de Estado de Animo por Grado Escolar (1er Año)

Por Grado Escolar encontramos que la población de 1er año (figura 2) fue más baja en este estudio al contar solamente con 38 escolares (10.27%) de los cuales 9 escolares (2.43) se encontraban en Estado Eutimico y 29 escolares (7.84%) con Depresión Leve-Moderada, sin presentarse algún caso Depresión Severa o Máxima.

En segundo año (figura 3) se analizó un total de 66 escolares (17.83%) donde los resultados fueron los siguientes de este total 19 escolares (5.14 %) estaban en estado de Ánimo normal y el resto 47 escolares (12.70 %) con Trastorno Depresivo Leve- Moderado, sin presentarse algún caso Depresión Severa o Máxima.

Los Escolares de 3er Grado (figura 4) fueron en total 51 escolares (13.78 %) donde en la encuestas resultaron 10 escolares (2.70 %) con Estado de Ánimo Normal y 41 escolares (11.08 %) con Depresión Leve-Moderada y sin presentarse algún caso Depresión Severa o Máxima.



Figura 3 Distribucion de Estado de Animo por Grado Escolar (2do. Año)

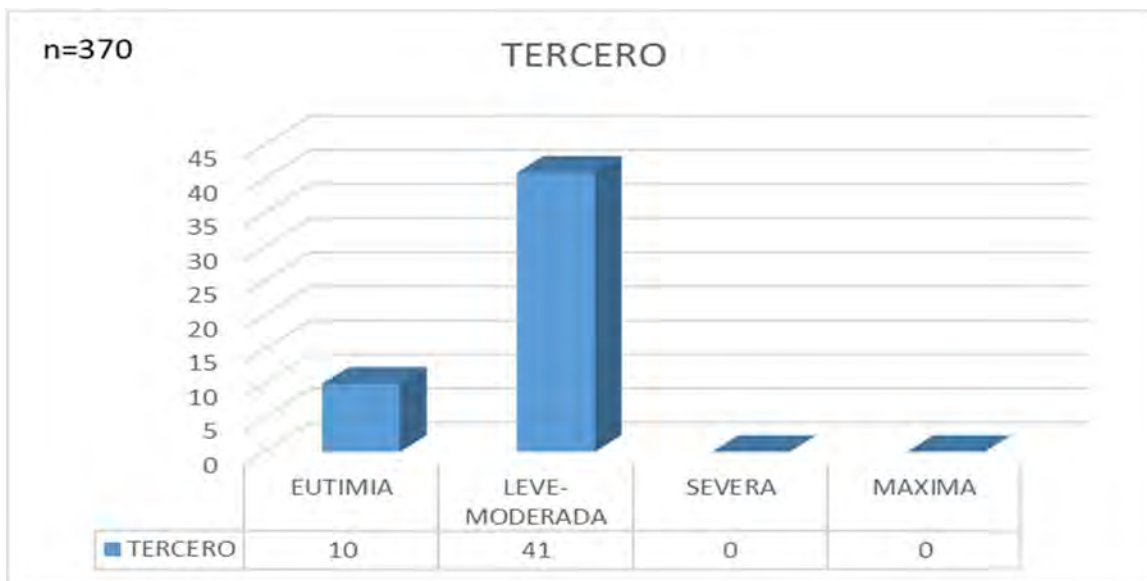


Figura 4 Distribucion de Estado de Animo por Grado Escolar (3er. Año)



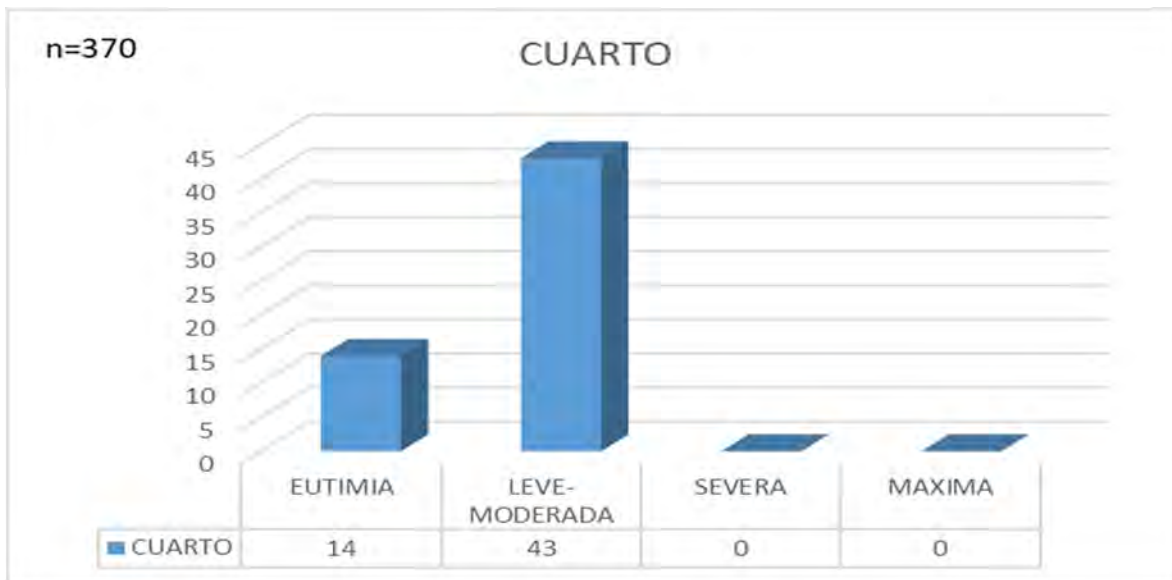


Figura 5 Distribucion de Estado de Animo por Grado Escolar (4to. Año)

Durante este periodo de análisis en 4to Grado (figura 5) se reportaron mediante encuesta un total de 57 escolares (15.40%) con Estado de Animo Normal representado por 14 escolares (3.78%) y acerca de Trastorno Depresivo Leve-Moderado se encontraron 43 escolares (11.62%) y presentarse algún caso Depresión Severa o Máxima.

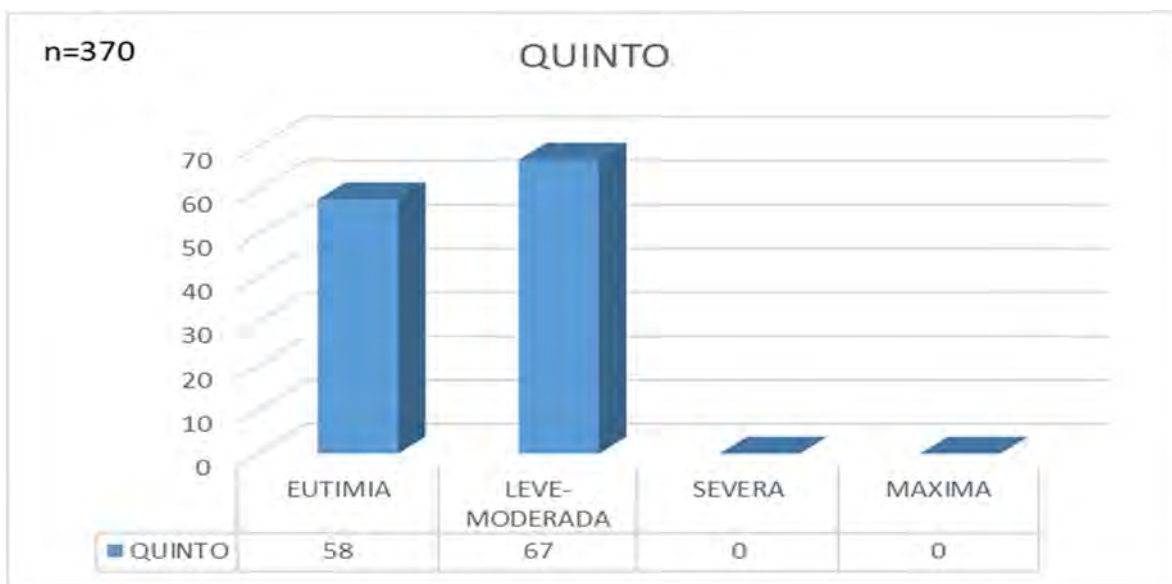


Figura 6 Distribucion de Estado de Animo por Grado Escolar (5to. Año)

Continuando con el estudio por grado escolar nos encontramos en 5to año (figura 6) el más alto índice población estudiada corresponde a 125 escolares (33.78%) donde 58 escolares (15.68%) con Estado de Animo Normal y 67 escolares (18.10 %) con presencia de Trastorno Depresivo Leve-Moderado y resto sin presentarse algún caso Depresión Severa o Máxima.

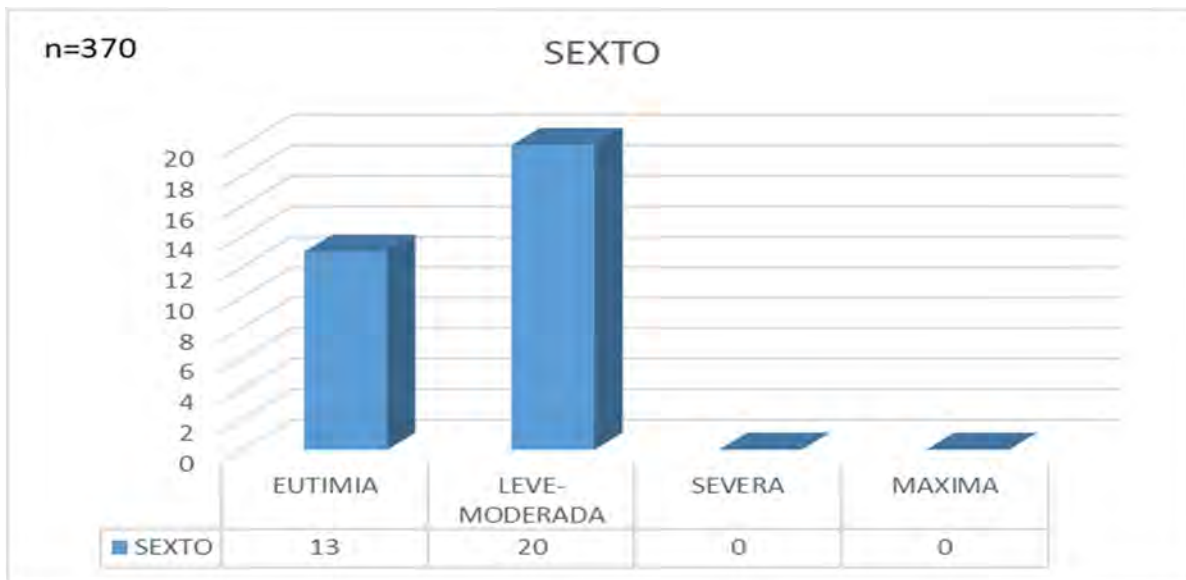


Figura 7 Distribucion de Estado de Animo por Grado Escolar (6to. Año)

En el último año a nivel escolar, 6to. Grado (figura7) resultaron 33 escolares (8.91%) donde posterior a realizar encuesta de CDI 13 escolares (3.51%) estaban en Estado Eutimico y 20 escolares (5.41%) con Depresión Leve –Moderada y resto sin presentarse algún caso Depresión Severa o Máxima.

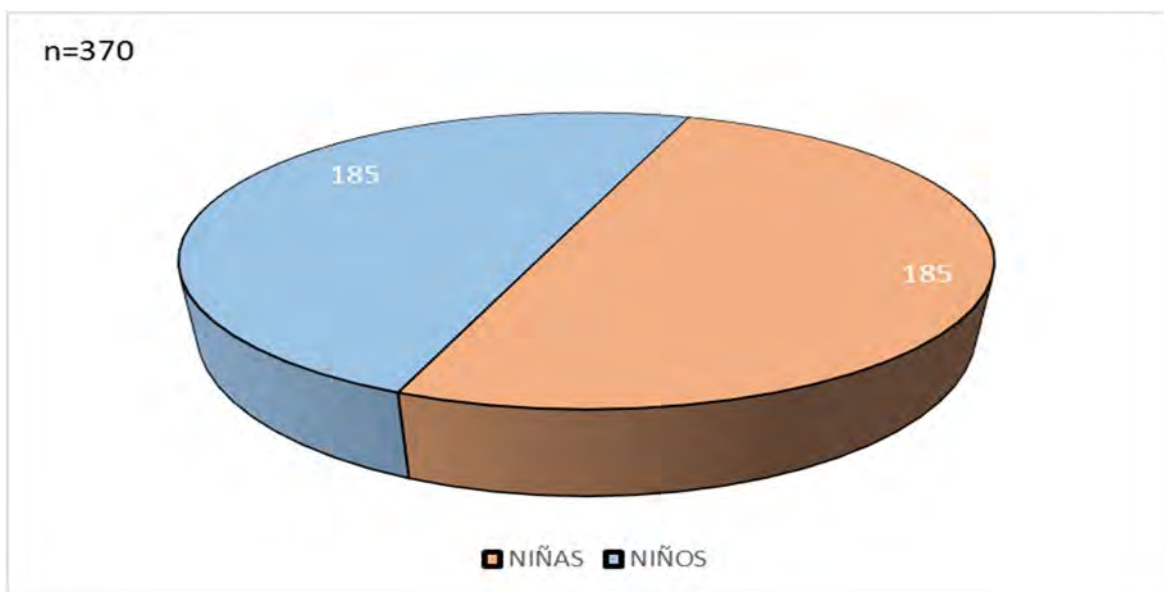


Figura 8 Distribucion Escolares por Sexo

Del Total de la muestra analizada en periodo de Julio–Diciembre 2017 se contaron con 370 Escolares (100%) encuestados en presencia de sus padres quien autorizaron su aplicación de estos 185 (50 %) escolares correspondía a niñas y otro grupo con la misma cantidad de escolares 185 (50%) fueron niños (figura8).

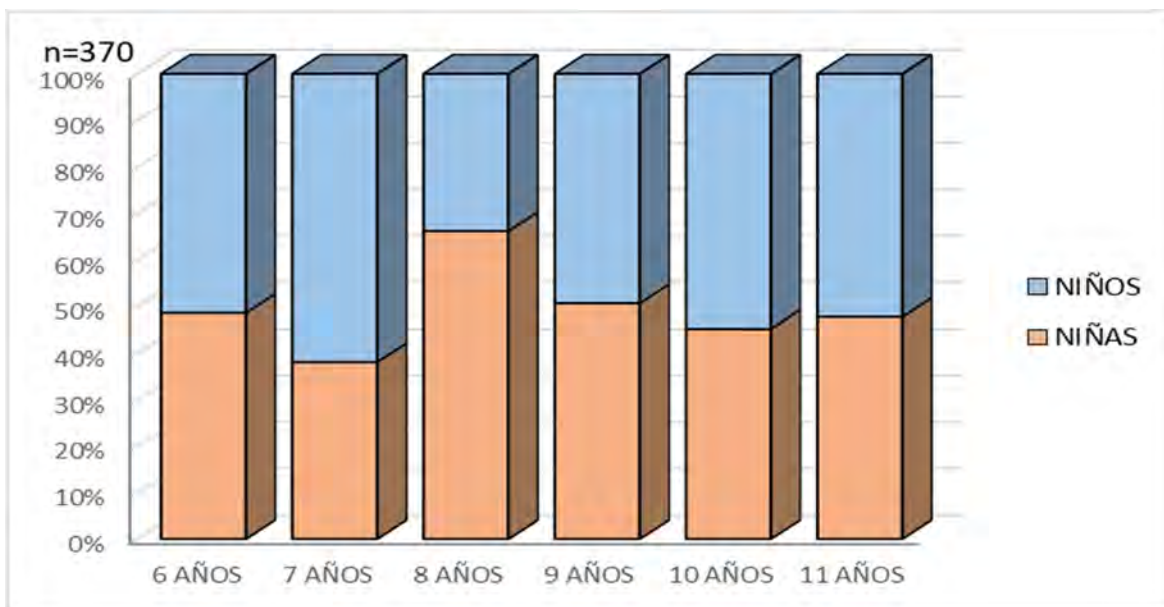


Figura 9 Porcentaje de Escolares (Niños –Niñas) encuestados por Grado Escolar

En las encuestas realizadas a los 370 escolares (100%) donde 185 (50%) fueron Niñas y 185 (50%) Niños el porcentaje por grados que resulto fue el siguiente(figura 9): escolares 6 años niñas 4.59% y niños 4.86%, escolares 7años niñas 4.32% y niños 7.03%, escolares 8 años niñas 12.16% y niños 6.22%, escolares 9 años niñas 10.54% y niños 10.27%, escolares 10 años niñas 12.70% y niños 15.41% y por ultimo escolares 11 años niñas fueron 5.68 % y niños 6.22 %.

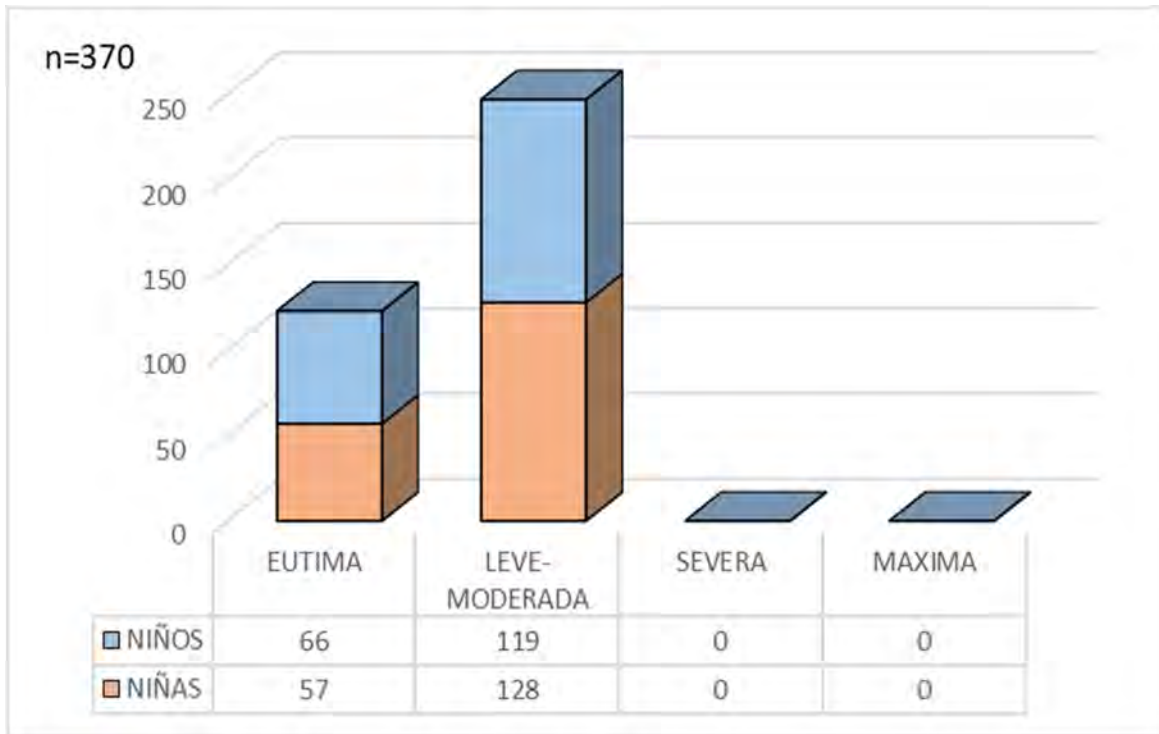


Figura 10 Porcentaje según Estado de Ánimo del Escolar encuestado se encontraba durante su entrevista.

Los resultados obtenidos durante este Estudio realizado en Unidad de Medicina Familiar #81 Cd. Acuña Coahuila, se encontró en un Estado Anímico Normal a 57 niñas (15.41%) y 66 niños (17.84%), mientras que algunos encuestados resultaron con Trastorno Depresivo de Leve a Moderado donde las niñas fueron 128 (34.59%) y 119 niños (32.16%), durante el periodo que comprendido este estudio no hubo registro alguna de escolares en Depresión Severa o Máxima.

## Conclusiones

El estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar #81 Cd. Acuña Coahuila, México para escolares derechohabientes y a su vez pertenecientes a una Familia Estructural Mononuclear en ambos turnos con la finalidad de valorar la posible presencia de casos nuevos en la Unidad de esta Psicopatología llamada Depresión Infantil y nos podemos dar cuenta de nuestra realidad hoy en día al incremento de la misma considerándose como Factor de Riesgo la Estructuración y Dinámica Familiar que rodea al niño en la etapa escolar, en algunas ocasiones el nivel de ignorancia que tienen los padres de esta unidad al respecto y el posible daño que están ocasionando a sus hijos al no tener presentes que la depresión infantil no es un capricho sino un factor estudiado y analizado por expertos que dan como resultados su existencia.

En este Estudio se demostró que cada día puede presentarse un caso nuevo de Trastorno Depresivo Infantil, esta vez en escolares de 6a – 11 a durante la aplicación de la encuesta CDI se tomó al azar a pacientes en edad escolar que acudieron a consulta por otra enfermedad o como acompañantes a la Unidad de Medicina Familiar con el fin de una detección oportuna se les pidió autorización a los padres para realizar dicha encuesta.

Del total de escolares encuestados en igual número de niños y niñas se registró 33.24 % de escolares en Estado Ánimo Normal (Eutimia) mientras el resto de la población estudiada se encontraba en un episodio Depresivo Leve – Moderado en un total de 66.76% de los escolares que acudieron durante la entrevista, cabe mencionar que no habían sido detectados a un con esta Psicopatología, se descartó por el momento presencia de sintomatología Depresiva Severa o Máxima

Demostramos que el grado escolar con mayor predominio a un episodio Depresivo se registró en 5to. Año con 18.10%, después con menor incidencia encontramos 2do. Año 12.70%, 4to. Año 11.62%, 3er Año 11.08%, 1er Año 7.84% y por último 6to. Año 5.41%.

Confirmando una vez más que el sexo más vulnerable es Femenino 34.59% pero hoy en la actualidad no es mucha la variabilidad del sexo opuesto ya que se demostró que en niños también es factible encontrar esta enfermedad, su registro fue 32.16% en Estado Depresivo Leve-Moderado

## Discusiones

Este problema social como lo es la Depresión Infantil provoca en nuestros niños alteraciones en su crecimiento y desarrollo por lo tanto un desequilibrio bio-psico-social con un futuro incierto para el infante al producirle baja autoestima ,bajo rendimiento escolar, ausentismo , aislamiento social entre otros, dentro de las causa principales encontraremos la disfunción Familiar ya que el tipo de Familia con alto índice de crecimiento en aparición de un Trastorno Depresivo es la Familia Mononuclear donde un solo padre se hace responsable del crecimiento y desarrollo del niño y este causal se debe tambien a la falta de atención al menor al ser padres trabajadores en su mayoría y donde el menor queda al cuidado de terceras personas .

Ante esta situación es conveniente investigar sobre la Dinámica Familiar y ver si existe alguna situación que pueda favorecer la existencia de un Trastorno Depresivo iniciando con la Educación del Padre de Familia que algunas veces desconoce la forma de presentación de esta patología.

Hoy en dia tanto el personal de salud como docente a nivel escolar cuenta con nivel de conocimiento para detección oportuna ante este problema social, aunque algunas veces no como tratarlo, motivo por el cual la importancia de su detección para un mejor pronóstico.

## Anexos

Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia  
Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81

Tesista: Dr. Juan Fidencio García Plata

Nombre  
Unidad/Centro

Fecha  
Nº Historia

Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses. Sexo \_\_\_\_\_ Curso escolar \_\_\_\_\_

Cuestionario – CDI

Población Infantil. Se trata de un cuestionario auto administrado.

- 1 a) Estoy triste de vez en cuando  
b) Estoy triste muchas veces.  
c) Estoy triste siempre.
- 2 a) Nunca me saldrá nada bien  
b) No estoy seguro de si las cosas me  
Saldrán bien.  
c) Las cosas me saldrán bien
- 3 a) Hago bien la mayoría de las cosas.  
b) Hago mal muchas cosas  
c) Todo lo hago mal
- 4 a) Me divierten muchas cosas  
b) Me divierten algunas cosas  
c) Nada me divierte
- 5 a) Soy malo siempre  
b) Soy malo muchas veces  
c) Soy malo algunas veces
- 6 a) A veces pienso que me pueden ocurrir  
Cosas malas.  
b) Me preocupa que me ocurran cosas  
Malas.  
c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

- 7 a) Me odio  
b) No me gusta como soy  
c) Me gusta como soy
- 8 a) Todas las cosas malas son culpa mía.  
b) Muchas cosas malas son culpa mía.  
c) Generalmente no tengo la culpa de que Ocurran cosas malas.
- 9 a) No pienso en matarme  
b) pienso en matarme pero no lo haría  
c) Quiero matarme.
- 10 a) Tengo ganas de llorar todos los días  
b) Tengo ganas de llorar muchos días  
c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando
- 11 a) Las cosas me preocupan siempre  
b) Las cosas me preocupan muchas veces.  
c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
- 12 a) Me gusta estar con la gente  
b) Muy a menudo no me gusta estar con la Gente  
c) No quiero en absoluto estar con la gente.
- 13 a) No puedo decidirme  
b) Me cuesta decidirme  
c) Me cuesta decidirme fácilmente



- 14 a) Tengo buen aspecto  
b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no Me gustan.  
c) Soy feo
- 15 a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los Deberes  
b) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer Los deberes  
c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes
- 16 a) Todas las noches me cuesta dormirme  
b) Muchas noches me cuesta dormirme.  
c) Duermo muy bien
- 17 a) Estoy cansado de cuando en cuando  
b) Estoy cansado muchos días  
c) Estoy cansado siempre
- 18 a) La mayoría de los días no tengo ganas de Comer  
b) Muchos días no tengo ganas de comer  
c) Como muy bien
- 19 a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  
b) Muchas veces me preocupa el dolor y la Enfermedad  
c) Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad

- 20 a) Nunca me siento solo.  
b) Me siento solo muchas veces  
c) Me siento solo siempre
- 21 a) Nunca me divierto en el colegio  
b) Me divierto en el colegio sólo de vez en Cuando.  
c) Me divierto en el colegio muchas veces.
- 22 a) Tengo muchos amigos  
b) Tengo muchos amigos pero me gustaría Tener más  
c) No tengo amigos
- 23 a) Mi trabajo en el colegio es bueno.  
b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno Como antes.  
c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
- 24 a) Nunca podré ser tan bueno como otros Niños.  
b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  
c) Soy tan bueno como otros niños.
- 25 a) Nadie me quiere  
b) No estoy seguro de que alguien me quiera  
c) Estoy seguro de que alguien me quiere.
- 26 a) Generalmente hago lo que me dicen.  
b) Muchas veces no hago lo que me dicen.  
c) Nunca hago lo que me dicen
- 27 a) Me llevo bien con la gente  
b) Me peleo muchas veces.  
c) Me peleo siempre

## Cronograma de actividades

“TITULO”

**RESPONSABLE DEL PROYECTO E INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81

**Nombre** Dr. Juan Fidencio García Plata **Departamento y Unidad de adscripción** Medicina Familiar **UMF# 81** **Domicilio:** C. Francisco Zarco # 720 Col. Héroes Mexicanos Cd. Acuña Coahuila **Teléfono:** 8771403231 **Correo electrónico:** jgarciaplata@hotmail.com

**INVESTIGADORES**

**ASOCIADOS:** Nombre Departamento y Unidad de adscripción, Domicilio: Teléfono: Correo electrónico.

ACTIVIDADES	Mes y año							
Elaboración del protocolo	Marzo 2016							
Revisión del protocolo		Junio 2016						
Registro del protocolo		Julio 2016						
Colección de información			Julio-Ago. 2017					
Captura de datos			Sep.-Oct. 2017					
Análisis de datos				Nov-Dic 2017				
Interpretación de resultados				Ene-Feb 2018				
Redacción de escrito final o Tesis					Mar-Abril 2018			
Difusión de resultados (opcional)						Mayo-Junio 2018		
Redacción de Artículo (opcional)							Julio-Ago. 2018	
Envío de Artículo (opcional)								Sep.-Oct 2018



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	<b>Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia Mononuclear en Unidad de Medicina Familiar # 81</b>	
Patrocinador externo (si aplica):		
Lugar y fecha:	<b>UMF #81</b>	
Número de registro:	<b>F-2016-506-3</b>	
Justificación y objetivo del estudio:	<b>Identificar la Incidencia de Trastornos Depresivos en Escolares Pertenecientes a Familia Mononuclear Pertenecientes a Unidad de Medicina Familiar # 81</b>	
Procedimientos:	<b>Se Encuestara con el CDI a pacientes escolares de la UMF # 81 con familias mononucleares</b>	
Posibles riesgos y molestias:	<b>Falta de Aceptación por Parte de la Familia del Estado Depresivo del Escolar</b>	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<b>Detección oportuna de Episodio Depresivo</b>	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<b>Se Otorgara Resultados de Evaluación en Tiempo y Forma, así como Orientación de Líneas de Tratamiento.</b>	
Participación o retiro:	<b>Cambio de Unidad Médica Familiar o Termina Derechohabencia del Asegurado</b>	
Privacidad y confidencialidad:	<b>La Familia Estudiada Contara con Total Confidencialidad (Médico –Paciente)</b>	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
	No autoriza que se tome la muestra.	
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<b>Completa y Confiable Para Toda la Familia a Tratar en este Estudio</b>	
Beneficios al término del estudio:	<b>Orientar al Familiar de Escolar con Depresión sobre línea de tratamiento</b>	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	<b>DR. JUAN FIDENCIO GARCIA PLATA Cel. 8771403231</b>	
Colaboradores:	<b>Dr. Erick Ruiz Villanueva</b>	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>		
Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal		<b>Dr. Juan Fidencio Garcia Plata</b>  Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<b>Dra. Adna Elda Zarate Pavón C. Guillermo Prieto # 980 Col. Benito Juárez R2 Medicina Familiar</b>  Nombre, dirección, relación y firma		<b>Dr. María de Jesús Vargas Garcia C. Gardenias #208 Fraccionamiento Amistad Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar Para Médicos Generales IMSS</b>  Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio		
<b>Clave: 2810-009-013</b>		

## **Carta de Consentimiento Informado**

Es la carta donde el investigador es el responsable de obtener el consentimiento informado de cada sujeto que participe en el estudio, después de haber explicado correctamente los objetivos, métodos, peligros potenciales del mismo. Explicará a los pacientes que son totalmente libres de negarse a participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si el sujeto no sabe leer, un testigo imparcial debe estar presente durante toda la plática relativa al consentimiento informado. Una vez que el sujeto allí otorgado su consentimiento oral para participar en el estudio, la firma del testigo en la carta de consentimiento informado certificara que la información contenida en el consentimiento se explicó y entendió perfectamente. El investigador también explicara a los sujetos que están totalmente libres de negarse a participar en el estudio y pueden abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. La carta de consentimiento informado será llenada correctamente .si surgen nuevos datos sobre seguridad que modifiquen significativamente los riesgos y beneficios se revisaran el documento de consentimiento informado y se actualizara si es necesario. A todos los sujetos del estudio se les entregara una copia de la carta de consentimiento y de las actualizaciones que se realicen para seguir participando en el estudio.

## Bibliografías

- 1. Alcántara M , La Depresión Infantil. Revista Innovación y Experiencias Educativas.2008;1-11
- 2. De la Cruz N , Flores K , Salazar M. Nivel de Conocimiento de los Padres de Familia sobre las Manifestaciones de Depresión de los Niños en dos Centros Educativos .Rev Enf Herediana.2014 ; 97-106
- 3. Bayón M, Mier M.Familia y vulnerabilidad en México, realidades y percepciones 2010:pag 9-10
- 4. Tipo de Familia y Ansiedad y Depresión Rev. Med Hered 2014 ; 25: 57-59
- 5. Saklofske D.H. , Janzen H.L. , Hildebrand D.K. , y Kaufmann L, Depresión de los Niños, Helping Children at Home and School: HandoutsfromYourSchoolPsychologist.2011 187-190.
- 6. Acosta ME, Mancilla T , Correa J, Saavedra M, Ramos FR, Cruz J, et al. Depresión en la Infancia y Adolescencia: Enfermedad de nuestro Tiempo ArchNeurocien ( Mex) Vol. 16 N°1; 2011 Pag. 20-25
- 7. Guzmán M , Mardones R ,Romero M , La Depresión de Niños y Adolescentes en Chile ; Apuntes para una Psicoterapia de la Depresión Infantil desde un Enfoque Constructivista y Evolutivo, Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del Adolescente, 2011; 264-279
- 8. Yapura M, Incidencia de Baja Autoestima en el rendimiento académico en los primeros años 2015; pág. 6
- 9. Capa B, La Familia y la Incidencia en la Autoestima de los Niños del Primer Año de Educación Básica de los Centros Educativos Reina Maternal de La Frontera y Padre Franco Aguirre Córdova del Cantón Zapotillo Provincia de Loja 2011-2012, Loja – Ecuador 2013; 1-135
- 10. Collazos D , Jiménez A .Depresión Infantil :Caracterización Teórica, Revista Gastrohnut Vol. N° 15 2013 ; 15-19
- 11. Pinto W. Maltrato Infantil y su Incidencia en los Periodos Depresivos de los Niños de Sexto Año de Educación Básica de la Escuela Manuela Espejo de la Ciudad de Ambato de la Provincia de Tungurahua en Periodo Febrero – Julio 2013, Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Comunicación, 2014 ; 1-148
- 12. Alvear N , Castillo N , Pardo K , Conflictos Familiares y su Influencia en el Proceso de Aprendizaje de Niños y Niñas de Preescolar en el Instituto Miguel de Cervantes de la Ciudad de Cartagena 2014, Universidad de Cartagena en convenio

de la Universidad del Tolima Facultad de Ciencias Sociales y Educación Programa de Pedagogía Infantil en Cartagena de Indias,2014; 1-132

- 13. Cid M, Montes R, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Rev. Med Electrón [Internet] 2014; 462-472
- 14. Orozco R. Violencia Intrafamiliar y Relación con Sintomatología Depresiva y Desempeño Escolar en los y las Adolescentes del Instituto Superior Tecnológico Daniel Álvarez Burneo de la Ciudad de Loja en El Periodo Mayo. Octubre 2012, Loja. Ecuador 2012; 1-95
- 15. Briones A , Vega V , Castellanos M , Suarez J . Prevalencia de Estrés en Escolares de Tuxtla Gutiérrez Chiapas , México y Factores Familiares Asociados ,Dossier Psicología Iberoamericana 2014; 31-42
- 16. Abello D , Cortes O , Barros O, Mercado S , Solano D . Prevalencia de Depresión Infantil en Colegios de Barranquilla Colombia. Tesis Psicológica, Vol. N° 9 2014; 190. 201
- 17. Borda Y , Godoy J , León E , Ramírez L . Conocimientos y Creencias de Médicos Generales sobre el Trastorno Depresivo dentro de la consulta externa del primer Nivel de Atención en las Instituciones Públicas de Bogotá .Universidad el Bosque Colombia,2014; 1-21