



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad de Medicina Familiar

“TÍTULO DE LA TESIS”

“INSATISFACCIÓN CORPORAL Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN  
EN NIÑOS DE 7 A 9 AÑOS.”

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**

Médico General Julieta Anilú Del Angel Proa

**Dirigido Por:**

Méd. Espec. Medicina Familiar Ericka Esther Cadena Moreno

Centro Universitario  
Querétaro, Qro; enero 2022  
México

## Resumen

**Introducción:** Varios estudios han mostrado que desde los cinco años los niños reportan insatisfacción, preocupación y percepción inexacta de la imagen corporal, esto pudiera dar a lugar a rasgos depresivos que si no se detectan a tiempo pueden avanzar hasta la adolescencia y a adultez. **Objetivo:** determinar la relación entre insatisfacción corporal y depresión en niños de 7 a 9 años. **Materiales y Métodos:** Es un estudio observacional, transversal analítico en los niños adscritos a las Unidades de Medicina Familiar 09, 15 y 16, además en el Hospital General Regional No. 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de agosto 2020-enero 2021. Se incluyeron a los niños de 7 a 9 años, que contaban con número de seguridad social vigente y que los padres y/o tutores firmaran el consentimiento informado; se excluyeron a los niños con diagnóstico de algún trastorno psicológico o psiquiátrico diferente a depresión y se consideró eliminar a los niños que entregaran instrumentos mal contestados o incompletos. Fueron seleccionados de manera no probabilística por conveniencia. Para medir la insatisfacción corporal se aplicó el instrumento de las 7 figuras de Collins y para medir depresión el instrumento de CDI de Kovacs. Se conformaron 2 grupos: los que se detectaron con insatisfacción corporal y los que no tienen insatisfacción corporal. Se solicitó consentimiento informado y firmado. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial con la prueba de  $X^2$  con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** En los grupos de niños con insatisfacción corporal, se obtuvieron 109 de los cuales 38 presentaban sobrepeso con un porcentaje del 34.9% siendo estos con mayor grado de insatisfacción, de estos el 57% presentaron depresión. **Conclusiones:** se obtuvo una asociación estadísticamente significativa con una  $p < .0001$  entre insatisfacción corporal y depresión.

**Palabras Clave:** Insatisfacción corporal, depresión, niños.

## Summary

**Introduction:** Several studies have shown that from the age of five children report dissatisfaction, concern and inaccurate perception of body image, this could lead to depressive features that, if not detected in time, can progress to adolescence and adulthood. **Objective:** to determine the relationship between body dissatisfaction and depression in children aged 7 to 9 years. **Materials and Methods:** It is an observational, cross-sectional analytical study in children assigned to Family Medicine Units 09, 15 and 16, also in the Regional General Hospital No. 1, of the IMSS, Querétaro delegation, in the period between August 2020 -January 2021. Children from 7 to 9 years old, who had a valid social security number and had their parents and / or guardians sign the informed consent, were included; Children with a diagnosis of a psychological or psychiatric disorder other than depression were excluded, and it was considered to eliminate children who submitted incorrectly answered or incomplete instruments. They were selected in a non-probabilistic way for convenience. To measure body dissatisfaction, the instrument of the 7 Collins figures was applied and to measure depression the Kovacs CDI instrument. Two groups were formed: those who were detected with body dissatisfaction and those who did not have body dissatisfaction. Informed and signed consent was requested. Descriptive and inferential statistics were applied with the X2 test, with a confidence level of 95%. **Results:** In the groups of children with body dissatisfaction, 109 were obtained, of which 38 were overweight with a percentage of 34.9% being these with a higher degree of dissatisfaction, of these 57% presented depression. **Conclusions:** a statistically significant association was obtained with a  $p < .0001$  between job dissatisfaction and depression.

**Key Words:** Body dissatisfaction, depression, children.

## **Dedicatorias**

Este trabajo es dedicado a lo más importante de mi vida, MI FAMILIA, en especial a mi madre que siempre ha estado conmigo apoyándome en cada una de las decisiones que he tomado, porque aunque yo a veces pensé en rendirme o deje de creer en mi ella siempre supo que lo lograría.

A mi esposo mi compañero de sueños, y este uno más que logro más a su lado.

## **Agradecimientos**

Gracias a Dios por permitirme llegar a este momento, y culminar mi especialidad.

Gracias a toda mi Familia, especialmente a mi Madre, porque siempre están para apoyar, escuchar y guiar, por hasta este momento.

Gracias a mi Esposo, que ha estado caminando conmigo de la mano desde el internado, gracias por la paciencia, por esperarme, por hacer fuerte este amor a la distancia.

Gracias a mis profesores por su tiempo, dedicación y enseñanza para mi formación, somos Grandes especialistas porque nos formaron los mejores maestros.

## **ÍNDICE**

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	I
<b>Summary</b>	II
<b>Dedicatorias</b>	III
<b>Agradecimientos</b>	IV
<b>Índice</b>	V
<b>Índice de cuadros</b>	VII
<b>Abreviaturas y siglas</b>	VIII
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Antecedentes/estado del arte</b>	4
<b>III. Fundamentación teórica</b>	6
III.1 Insatisfacción corporal	6
III.1.2 Alteración de la imagen corporal	9
III.1.3 Instrumento de medición de Insatisfacción Corporal	12
III.2 Depresión	13
III.2.1 Cuadro clínico	16
III.2.2 Clasificación	19
III.2.3 Diagnóstico	20
III.2.3.1 Trastorno de desregularización destructiva del estado de ánimo.	20
III.3.2 Trastorno de depresión mayor.	21
III.3.3 Trastorno depresivo persistente o distimia.	22
III.3 Tratamiento	22

III.3.1.1 Tratamiento no farmacológico.	24
III.3.1.2 Psicoeducación	25
III.3.2 Tratamiento farmacológico.	25
III.3.2.1 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.	26
III.3.2.2 Antidepresivos tricíclicos	26
III.3.2.3 Instrumento para depresión	27
<b>IV. Hipótesis o supuestos</b>	27
<b>V. Objetivos</b>	30
V.1 General	31
V.2 Específicos	31
<b>VI. Material y métodos</b>	32
VI.1 Tipo de investigación	32
VI.2 Población o unidad de análisis	32
VI.3 Muestra y tipo de muestra	32
VI. Técnicas e instrumentos	34
VI. Procedimientos	37
<b>VII. Resultados</b>	41
<b>VIII. Discusión</b>	47
<b>IX. Conclusiones</b>	50
<b>X. Propuestas</b>	51
<b>XI. Bibliografía</b>	52
<b>XII. Anexos</b>	56

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
VII.1	Relación entre el sexo e insatisfacción corporal en niños de 7-9 años.	41
VII.2	Relación entre IMC e insatisfacción corporal.	42
VII.3	Relación entre insatisfacción y depresión	43
VII.4	Relación entre insatisfacción corporal y la intensidad de la depresión.	44
VII.5	Insatisfacción corporal en relación con la edad de los niños	45
VII.6	Relación entre la edad y depresión.	46



## **ABREVIATURAS Y SIGLAS**

UMF: Unidad de Medicina Familiar

OMS: Organización Mundial de la Salud

NOM: Norma Oficial Mexicana

DIF: Desarrollo Integral de la Familia.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

KG: Kilogramo

CM: Centímetros

IMC: Índice de Masa Corporal.

m<sup>2</sup>: metro cuadrado.

CDI: Cuestionario de Depresión Infantil

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

ISRS: Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades

## **I. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de tesis tiene como principal objetivo identificar la asociación entre la insatisfacción corporal y la depresión en los niños, durante el tiempo se ha identificado en adolescentes y adultos que una mal percepción de la imagen corporal de la persona ocasiona un grado de insatisfacción y está relacionado algún trastorno del estado de ánimo.

La importancia de estudiar este tema en particular es que es aún es un tema muy subestimado y poco estudiado en niños, se han presentado diversos estudios en adolescentes y adultos, y se pretende identificar si estos grupos de edad presentaron síntomas desde la niñez que no se identificaron a tiempo.

La imagen corporal se comienza a construir en la infancia, en esta etapa los niños no hacen sino reproducir la cultura corporal que la sociedad impone y sus preocupaciones reflejan sus esfuerzos por adaptarse a las exigencias de la sociedad. (zakhour,2019). En México se estima que el 45% de los adolescentes presentan insatisfacción corporal. Una de las causas de presentar insatisfacción corporal es el peso, y se estima que la presencia de sobrepeso y obesidad están se relaciona más con el proceso de insatisfacción. (Lenhard,2015).

Actualmente en la sociedad hay ciertos valores asociados a la estética corporal, la cual favorece a los cuerpos esbeltos en mujeres y los cuerpos musculosos en hombres, lo cual se ha transmitido a los niños a través de la influencia social por medio de padres, educadores, los medios de comunicación y los juguetes con cuerpos estereotipados. (zakhour,2019)

Se piensa que una de las causas de una alteración en la insatisfacción corporal, es la alteración en el peso, y con esto tienen dificultades para integrarse a la sociedad, por miedo a ser rechazados y pueden desarrollar en un futuro alteraciones psicosociales en la adolescencia y llevarlos a la adultez.

De las alteraciones psicosociales que se ha relacionado con la insatisfacción corporal, se encuentra la ansiedad y la depresión, siendo esta última la que con más frecuencia se presenta. Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental revela que 6 % de los niños y adolescentes entre 6 y 17 años ha presentado algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses.

En nuestro país se han presentado diversos trabajos referentes a este tema, en diferentes grados de edad que comienzan desde los 6 hasta los 12 años en la pubertad, adolescencia y adultez, incluyendo variables como obesidad, sobrepeso, percepción de la imagen corporal y depresión encontrado que los entre más índice de masa corporal se presentada más insatisfacción y la mayoría presentaba trastorno del estado de ánimo tipo depresión.

En el presente estudio, se considera que la presencia de insatisfacción corporal guarda una estrecha relación con la depresión y diversos aspectos de la personalidad, la autoestima o el auto concepto. La literatura confirma que la adolescencia es una de las etapas más vulnerables de insatisfacción corporal, y es imprescindible trabajar con ello en la etapa escolar.

## II. ANTECEDENTES

Recientes estudios sobre la insatisfacción corporal referidos a la población adolescente femenina y llevados a cabo en Europa, Canadá y los Estados Unidos concluyen una prevalencia de insatisfacción corporal superior al 50%. (Zakhour, 2019)

Los datos son más alarmantes en un análisis efectuado entre 659 mujeres mexicanas de entre 25 y 40 años en el que tras evaluar los niveles de insatisfacción corporal se constata que el 78,8% de la muestra está insatisfecha con su cuerpo. (González, 2018) Diversos investigadores refieren que el 45% de los adolescentes presenten insatisfacción corporal, y estos en un futuro podrían presentar rasgos depresivos o tener un cuadro depresivo mayor en la adultez. (Lenhard, 2011)

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental, revela que 6% de los niños y adolescentes entre 6 y 17 años ha presentado algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses. Este mismo, estima una prevalencia del 15% en la población menor de 15 años. (Calleja, 2011)

El INEGI documentó en el 2017, que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales, 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace. (INEGI, 2017)

Cifras de la Organización Mundial de la Salud, destacan que la depresión constituye un problema importante de salud pública, más de 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos, en el mundo, este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. (Rentz, 2017)

En México, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores. (INEGI, 2017)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía en sus resultados del 2014, 2015 y 2017 en su sección de: Integrantes del hogar de 7 y más años que presenten por condición de sentimientos de depresión se registraron los siguientes resultados. (INEGI, 2017)



**Integrantes del hogar de 7 años y más por Condición de sentimientos de depresión, Grupo de edad y Periodo**

	2014	2015	2017
Total integrantes del hogar de 7 años y más			
De 7 a 14 años	18,352,460	18,051,326	17,783,291
Integrantes que se han sentido deprimidos diario			
De 7 a 14 años	101,146	108,173	115,362
Integrantes que se ha sentido deprimidos semanalmente			
De 7 a 14 años	252,879	178,629	233,664
Integrantes que se ha sentido deprimidos mensualmente			
De 7 a 14 años	241,593	193,052	265,507

(INEGI, 2017)

Se encontraron, en el último conteo del 2017, un total de 17,783,291 niños entre 7 y 14 años y de estos 115,362 se han sentido deprimidos a diario, 233,664 han presentado síntomas depresivos semanalmente y 265,507 los han presentado mensualmente. Lo que se tiene que detectar es porque se presentan los rasgos depresivos en este grupo de edad, las causas que los orillan a sentirse así. (INEGI,2017)

En la Ciudad de Sonora en 2014, se realizó un estudio en donde se asoció la depresión con el estado nutricional en niño de 6 a 12 años, se analizaron 101 niños, 61 mujeres y 40 hombres, encontrando 50 niños con peso normal, 22 sobrepeso, 24 obesidad y 5 niños con bajo peso, de estos 29 presentaron algún grado de depresión 21 leve y 8 severa, 17 hombres y 12 mujeres y de estos 19 cursaban con obesidad, se obtuvo una razón de momios en relación depresión obesidad de 31.1 con un IC 95% ( 1.1-7.1 ) ( LÓPEZ, 2014).

### **III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

#### **III. 1 Insatisfacción Corporal**

El concepto de imagen corporal es un término muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el auto concepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes. (MEDINA, 2012)

Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología a principios del siglo XX. El autor Bonnier en 1905 acuña el término de “aschemata” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o que Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de “autotopagnosia”. De igual modo el Neurólogo Inglés Henry Head, en los años 20, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un “standard” con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”. (MEDINA, 2012)

Posteriormente el psicoanalista Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos; en su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como (LEON, 2018):

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” es pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal (LEON, 2018).

Existen numerosos términos utilizados actualmente, que son cercanos conceptualmente, en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica, entre ellos se encuentran: Imagen corporal, esquema corporal, satisfacción corporal, estima corporal, apariencia, apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de trastorno de la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, insatisfacción corporal, dismorfia corporal, insatisfacción corporal o distorsión perceptiva corporal (MOREN, 2014)

Analizando las deferentes literaturas y aportaciones de diversos autores, proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas en cada individuo como (LEON, 2018):

1. Una imagen perceptual: esta se refiere a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.

2. Una imagen cognitiva: que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo, esta es una imagen emocional que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. (LEÓN, 2018)

Se puede resumir que la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber una buena correlación con la realidad. (JIMENEZ, 2017)

En las diferentes literaturas el concepto de imagen corporal, y se menciona debería de tener las siguientes características: (RENTZ, 2017)

- 1.-Es un concepto multifacético.

- 2.-La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: “Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”.

3.-La imagen corporal está socialmente determinada esto hace referencia desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo. (RENTZ, 2017)

4.-La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales.

5.-La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo influenciado por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

6.- Por lo mencionado entonces la imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente. (RENYZ, 2017)

Thompson en 1990 amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo emocionales, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él, por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo y el mismo Thompson le da las siguientes características: (MARTINEZ, 2017)

a) Aspectos perceptivos: se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes cuando de presentan alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

b) Aspectos cognitivos-afectivos: aquí engloba actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él; enfocando desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia y cada una de las se van viviendo.



c) Aspectos conductuales: aquí entran las conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo; podemos hablar de exhibición, la evitación, la comprobación, aquí la percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico. (MARTINEZ, 2017)

De esta manera este autor determina que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Otros autores se enfocan un poco más al ámbito psicológico como Slade en 1994, centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”.(MARTINEZ, 2017)

El autor Baile Psicoanalista refiere que es un término psicológico complejo, que se refiere a como la auto percepción del cuerpo genera una representación mental compuesta por un esquema corporal perceptivo, por las emociones, los pensamientos y las conductas asociadas.(JIMENEZ, 2017)

En este término refiere que el componente perceptual implica la exactitud de la estimación de la forma del cuerpo y la actitud y sentimientos que tienen hacia su cuerpo. Varios estudios han mostrado que desde los cinco años de edad los niños y las niñas reportan insatisfacción, preocupación y percepción inexacta de la imagen corporal. (JIMENEZ, 2017)

### **III.1.2 Alteración de la imagen corporal**

Si la imagen corporal está alterada o si existe un trastorno de la imagen corporal, se plantean que la imagen corporal es un término polifacético, se refiere a una alteración de la imagen corporal si se comprueba que uno de los factores de la imagen corporal está de alguna forma alterado. Entonces como entidad propia existe una alteración grave de la imagen corporal que anteriormente se denominaba Dismorfofobia, y que actualmente la literatura lo ha considerado como Trastorno Dismórfico Corporal y para el cual existen tres criterios diagnóstico: (WEINBERGER et al, 2017)

a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico, que se presenta cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa. (WEINBERGER et al, 2017)

La auto percepción se ha clasificado como correcta, subestimación y sobrestimación, y esta a su vez podría generar la satisfacción o insatisfacción corporal. Algunos autores consideran que la distorsión perceptiva es la alteración de la percepción que se manifiesta por una incapacidad para estimar con exactitud el tamaño corporal. (MENDELSON, 2016)

La insatisfacción se puede originar por la distorsión perceptiva, por la discrepancia entre el cuerpo percibido y el ideal o, simplemente, por el disgusto con el propio cuerpo y puede originarse por un entorno adverso a ciertas figuras ideales establecidas por la sociedad. (MENDELSON, 2016)

La frecuencia de la insatisfacción de la imagen corporal puede ser explorada en diferentes grupos como el género, la edad, la sexualidad, las clases sociales, los grupos étnicos o culturales. La literatura manifiesta que causas de la Insatisfacción de la imagen corporal pueden deberse a factores sociales y psicológicos y se han explorado los factores sociales, como los medios de comunicación, la cultura, las amistades y la familia y dentro de los factores psicológicos se encuentran los sentimientos causados por los factores sociales así mismo, se han estudiado las creencias generadas por la influencia de los padres y la cultura. (MENDELSON, 2016)

En la búsqueda de razones que expliquen estos altos niveles de prevalencia el acuerdo es unánime al apuntar la importancia de factores socioculturales relacionados con la cultura de la delgadez, y factores biológicos relacionados con el índice de masa corporal y con la etapa de la pubertad. (AYENSA, 2012)

Sin embargo, a pesar de todo esto parece contradictorio que al mismo tiempo que salen a la luz informes sobre la prevalencia de la insatisfacción corporal asociados a presiones mediáticas relacionadas con ideales estéticos que priman la delgadez de las mujeres, se publiquen resultados sobre estudios nutricionales que alertan del incremento del sobrepeso y de la obesidad.(CONTRERAS, 2016)

La mayoría de las personas pueden no estar de acuerdo con alguna o varias partes de su cuerpo, incluso a veces intentan algunas estrategias de modificación corporal, pero esto no afecta su vida cotidiana, ni su salud, cuando esto pasa se le ha denominado malestar normativo. La insatisfacción corporal comienza cuando se realizan conductas nocivas para la salud con la finalidad de modificar la imagen corporal, en busca de un ideal que parece cada vez más inalcanzable. (COELHO ET AL, 2013)

La insatisfacción corporal y preocupaciones por el peso se han podido relacionar con conductas inadecuadas para bajar de peso, tales como ayunos, dietas restrictivas y actividad física excesiva. (COELHO ET AL, 2013)

Se ha considerado que los cambios psicológicos y físicos durante el comienzo de la pubertad se vinculan con la imagen negativa del cuerpo, conductas alimentarias no saludables, dieta y la presencia de insatisfacción corporal, con lo cual se concluye que insatisfacción corporal se presenta en edades previas a la adolescencia.(ELOSUA, 2013).

### **III.1.3 Instrumento de medición de insatisfacción corporal**

Para la valoración de insatisfacción corporal se utilizará el instrumento de las siete figuras de Collins: evalúa la percepción que tienen los niños de su imagen corporal, contiene 7 figuras humanas ordenadas de menor a mayor complejión; las cuales se clasifican como: 1. bajo peso, 2. bajo peso moderado, 3. Bajo peso ligero, 4. Normo peso, 5. sobrepeso ligero, 6. Sobrepeso moderad, 7. Obesidad.(MOREN, 2014)

Los participantes eligen una figura para auto describirse y otra a la que les gustaría parecerse la imagen ideal. La escala de Collins elaborada en 1991 presenta un coeficiente de validez relacionada con criterio entre 0.36 y 0.37, y una confiabilidad por el método de test re-test de  $r = 0.38 - 0.71$  (MOREN, 2014)

Dichas figuras van desde la representación de una figura muy delgada hasta una figura con sobrepeso. Así pues se tiene un rango de puntuaciones que va de 1 hablando de delgadez hasta la 7 haciendo referencia a obesidad cada uno con incrementos de 0.5 puntos. Este permite obtener un índice indicativo de las discrepancias percibidas entre los distintos del -yo- restando las puntuaciones obtenidas del yo real en relación con el índice de masa corporal (IMC):  $\text{peso}/\text{altura}^2$ . Partiendo de percentiles de referencia se busca lograr la identificación de participantes con obesidad, sobrepeso, normo peso y bajo peso, es un instrumento que usa el método visual, a través del cual se busca obtener una estimación global de la imagen corporal.(FERNANDEZ, 2010)

A los individuos se les realizan dos preguntas relacionadas con las figuras primero, se les pide que indiquen qué figura representa mejor la representación

cognitiva de su propio tamaño es decir "Su tamaño real, el tamaño que se puede mostrar en un espejo", y segundo se les pide que indiquen qué figura representa mejor el tamaño corporal deseado es decir "el tamaño corporal ideal, el tamaño que preferiría tener".(FERNANDEZ, 2017)

La primera línea de figuras sirve de base para medir el ajuste o la falta del mismo entre el peso real, valorado con el IMC de cada sujeto, y el peso percibido esto en figura que representa su peso actual valorado en el Test de Siluetas. El segunda línea de figuras se utiliza para valorar la diferencia entre el peso percibido en figura que representa su peso actual y el peso ideal describe la figura que le gustaría tener y la diferencia entre ambos valores la hemos denominado insatisfacción. (BAILE, 2003)

### **III.2 Depresión**

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (BAILE, 2003)

Este trastorno puede llegar a hacerse crónico o recurrente y en su forma más grave, puede conducir al suicidio. Entonces el estado depresivo persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona, y se presenta de diversas formas con grados y duración variable. La literatura estima que 20 % de la población en edad escolar y en la etapa de la adolescencia presenta algún trastorno mental.(BAILE, 2003)

Se encontró en una evaluación que se realizó en el Hospital del Niño del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) en el año 2005, que el 15 % de la población total que asistió por primera vez al departamento de psicología fue diagnosticada con depresión infantil, de esa población la mayor incidencia se presentó en el género masculino entre los 6 y los 10 años.(PASACALIS, 2014)

Se considera en diversos estudios y autores que el estado de ánimo depresivo es una parte común y universal de la experiencia humana y este puede ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas. En los niños estos pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, pero la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Pero en algunos otros casos, sin embargo, puede presentarse depresión severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares. (PASCALIS, 2014)

La incidencia de depresión severa en los niños es probablemente del 5% al 6%, 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 adolescencia y la etapa adulta. Se ha comprobado durante varios estudios que la depresión y el riesgo de suicidio que la acompaña aumentan significativamente durante la adolescencia. (Cruz, 2003)

En los estudios en el área de psiquiatría reportan que la depresión es el trastorno psiquiátrico más común y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad y epidemiológicamente a nivel nacional estudios indican que la prevalencia de depresión en la vida de los adolescentes de edad 15 a 18 años es entre 11% y 14%, con un estimado de 20% de adolescentes experimentando un trastorno de depresión mayor cuando cumplen 18 años. (CRUZ, 2003)

Se reconoce que el comienzo de la depresión puede ser súbito o gradual, por corto o largo plazo, el reconocer y diagnosticar la depresión en los niños puede ser difícil debido a que la depresión puede estar presente al mismo tiempo que otros trastornos, como la ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La literatura refiere que a pesar de que un niño puede presentar uno o más síntomas de depresión, 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, los niños pueden realizar quejas sobre molestias

físicas, agitación, ansiedad y temores se ven más a menudo en niños más jóvenes. Por otro lado los adolescentes, son más propensos a exhibir una conducta antisocial e inclinada al debate y a la argumentación, y a demostrar inquietud e irritabilidad. (FREYRE, 2016)

Se han sugerido varias causas para la depresión infantil, las explicaciones biológicas incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales y neurológicos, recientemente se ha pensado que la cantidad de luz asociada con los cambios de las estaciones afecta el estado de ánimo de algunos niños presentando un “trastorno afectivo estacional”. (FREYRE, 2016)

Los psicólogos han vinculado la depresión a la pérdida de seres queridos, perturbaciones en las relaciones entre padres e hijos y amenazas a la autoestima. También se ha tomado en consideración la manera en que los niños interpretan y estructuran las experiencias de la vida diaria, y la creencia de que ellos tienen la habilidad para controlar y darle forma a su mundo y muchas cosas que causan tensión pueden afectar el estado de ánimo de algunos niños.(MIKAMI, 2007)

Existe una gran literatura empírica sobre los factores de riesgo y de protección para la depresión en las poblaciones de niños y adolescentes. Según lo descrito por diferentes autores, algunos factores de riesgo son: específicos para la depresión, mientras que otros son inespecíficos, lo que significa que están asociados con una mayor probabilidad de desarrollar una variedad de problemas de salud mental, incluida la depresión. (MIKAMI, 2007)

Los factores de riesgo específicos para la depresión en niños y adolescentes incluyen tener un padre con depresión y este sería el factor de riesgo más fuerte, así como baja autoestima, imagen corporal negativa, estilo cognitivo des adaptativo, bajo apoyo social, habilidades de afrontamiento deficientes y género femenino. Los factores de riesgo inespecíficos incluyen pobreza, exposición a la violencia, maltrato infantil e inestabilidad familiar. También mencionan que existen factores para amortiguar el desarrollo de la depresión que

serían como factores protectores incluyen habilidades efectivas de afrontamiento y autorregulación y relaciones de apoyo. (SALAZAR, 2014)

Las intervenciones para prevenir la depresión generalmente apuntan a uno o más de estos factores de riesgo y protección. Se sabe que algunos factores de riesgo, como el estilo cognitivo negativo, son maleables; otros, como tener un padre con depresión o ser mujer, puede abordarse seleccionando niños con estas características para enfocarse en los esfuerzos de prevención. Dado que el riesgo de síntomas y trastornos depresivos aumenta abruptamente durante la pubertad. (ALEJO, 2018)

Actualmente la severidad de la depresión es usualmente clasificada como leve, moderada o grave, la duración del estado de ánimo depresivo es un elemento clave para ayudar a determinar la severidad y el tipo de depresión, por ejemplo la tristeza normal es usualmente corta. (ALEJO, 2018)

### **III.2.1 Cuadro clínico**

La literatura menciona que los síntomas son inespecíficos y varían de acuerdo con la etapa de desarrollo: (MENESES, 2008)

Para empezar en lactantes y preescolares, la depresión se manifiesta con trastornos en la alimentación y en el sueño, onicofagia, crisis de llanto y enuresis entre otros, y se desarrolla en tres fases:

1. De protesta: corresponde a una ansiedad de separación, principalmente de la madre.
2. De desespero: el niño rehúsa comer, no se deja vestir, se queda callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno, con expresiones de pena y duelo<sup>27</sup>.
3. De desvinculación: se elabora la pérdida o se construyen defensas contra esta, las conductas más comunes son el llanto y gritos.(MENESES, 2008)



Posteriormente en escolares se presenta una alta sensibilidad, dificultades de conducta, irritabilidad y sentimientos de inferioridad, ideas suicidas, además de que los niños con depresión tienen un semblante triste y escaso interés hacia su entorno, así como dificultades en el manejo de la agresividad. (PACHECO, 2013)

Durante el periodo escolar, pueden predominar los "pensamientos-sentimientos" aquí el niño desarrolla ideas negativas fijas de baja autoestima, que aumenta la depresión, después de haber experimentado pérdidas y separaciones de personas queridas y cuando se presenta la pubertad el niño ya debiera manejar el pensamiento abstracto se presentará la culpabilidad, en esta etapa, la depresión podría manifestarse con síntomas psíquicos como irritabilidad, inseguridad, resistencia al juego, dificultades en el aprendizaje y timidez, también se pueden presentar síntomas psicosomáticos como eneuresis, encopresis, onicofagia, crisis de llanto y grito.(PACHECO, 2013)

Las intervenciones para prevenir la depresión generalmente apuntan a uno o más de estos factores de riesgo y protección. Se sabe que algunos factores de riesgo, como el estilo cognitivo negativo, son maleables; otros, como tener un padre con depresión o ser mujer, puede abordarse seleccionando niños con estas características para enfocarse en los esfuerzos de prevención. Dado que el riesgo de síntomas y trastornos depresivos aumenta abruptamente durante la pubertad. (PACHECO, 2013)

Actualmente la severidad de la depresión es usualmente clasificada como leve, moderada o grave, la duración del estado de ánimo depresivo es un elemento clave para ayudar a determinar la severidad y el tipo de depresión, por ejemplo la tristeza normal es usualmente corta.(HILDEBRAND, 2013)

Los niños tienen cambios en su estado de ánimo, como los adultos, y cierta cantidad de tristeza es parte natural de la vida, por ejemplo si la tristeza viene y va en cuestión de días, probablemente no hay de qué preocuparse es un proceso normal, entonces un tipo de tristeza leve que dura un largo período se llama distimia y se vuelve patológica.(HILDEBRAND, 2013)

Se menciona que cuando la depresión es grave, esta puede interferir significativamente con las actividades de la vida diaria, en la escuela, la vida social, las relaciones familiares. Una depresión mayor se diagnostica si el niño presenta un estado de ánimo depresivo o irritable y/o falta de interés o placer en casi todas las actividades por un período, por lo menos, dos semanas. La depresión grave puede, algunas veces, estar relacionada por que puede llevar a intentos suicidas, los intentos de suicidas no son comunes en los niños pequeños, pero son posibles más adelante en la niñez y más comunes en los adolescentes severamente deprimidos. (HILDEBRAND, 2013)

Preescolares de 3 a 6 años: El síntoma de presentación más frecuente es la ansiedad. En niños pequeños, la ansiedad se manifiesta con las fobias escolares y los trastornos de eliminación como encopresis y enuresis. Se observa con cara triste, indiferente o inexpresiva, falta de socialización, no juega con otros, habla poco y no se relaciona; hay disminución del hambre sin causa aparente, somatizaciones, entre las más frecuentes cefaleas y dolores abdominales, manifiesta irritabilidad y rabietas frecuentes. También pueden presentar retraso en el peso esperado para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.

Escolares de 7 años a la pubertad, se puede observar cara triste, apatía, irritabilidad, agresividad, letargo o hiperactividad, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y, en ocasiones, ideas recurrentes de muerte, conductas de auto arriesgo, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en área escolar, trastorno del sueño, disminución o aumento del apetito y trastornos somáticos (HILDEBRAND, 2013)

### **III.2.2 Clasificación**

Según el CIE-10 se realiza la siguiente clasificación de la depresión infantil semejante a la de los adultos ya que hoy en día no existe una clasificación específica de la depresión infantil. (SANCHEZ, 2015)

a) Trastorno adaptativo: con síntomas ansioso-depresivos o depresivos prolongados o alteración de las emociones y la conducta.

b) Episodios depresivos: Aquí puede ser leve, moderado o grave con/sin síntomas psicóticos: y el niño cursa con ánimo depresivo/irritabilidad, alteraciones en el patrón del sueño y el apetito, bajo autoestima, pérdida de interés y pérdida de la capacidad de disfrute principalmente.

- Trastorno bipolar: Acompañado de episodios maniacos/hipomaniacos a lo largo de sus historia.

- Trastornos depresivos recurrentes.

c) Distimia es la presencia de síntomas depresivos con humor depresivo y/o irritabilidad durante la mayor parte del día, durante casi todos los días durante al menos 1 año. (SANCHEZ, 2015)

d) Trastornos depresivos recurrentes: Repetición de episodios depresivos con separación de al menos 2 meses de periodos asintomáticos y sin antecedentes de episodios maniacos. Los episodios no pueden estar causados por consumo de sustancias ni ninguna enfermedad mental de tipo orgánica. (SANCHEZ,2015)

Hablando del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), la nueva clasificación lo estadifica así:

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente o distimia.

### **III.2.3 Diagnostico**

Por clasificación del DSM 5 se realiza el diagnostico cuando se presentan los siguientes síntomas:

#### **III.2.3.1 Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.**

A. Accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente, por ejemplo, rabietas verbales y/o con el comportamiento que pueden incluir agresión física a personas o propiedades, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. (Sánchez, 2015)

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas que pueden ser padres, maestros, compañeros.

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos, es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

### **III.2.3.2 Trastorno de depresión mayor**

Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas es 1 estado de ánimo deprimido o 2 pérdidas de interés o de placer.(SANCHEZ, 2015)

a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva por ejemplo se siente triste, vacío, sin esperanza o de la observación por parte de otras personas.

b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

d. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días que sea observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento.

f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada que puede ser delirante casi todos los días, no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo.

h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

i. Pensamientos de muerte recurrentes no sólo miedo a morir, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

### **III.2.3.3 Trastorno depresivo persistente o distimia**

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. (PACHECO, 2013)

En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año. (SANCHEZ, 2015)

Presencia, durante la depresión, de dos o más de los síntomas siguientes:

- a. Poco apetito o sobrealimentación.
- b. Insomnio o hipersomnia.
- c. Poca energía o fatiga.
- d. Baja autoestima.
- e. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- f. Sentimientos de desesperanza.

Durante el período de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. (SANCHEZ, 2015)

La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia por ejemplo una droga o un medicamento, o a otra afección médica como el hipotiroidismo. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (SALABERRIA, 2017)

El DSM 5 también la clasifica dependiendo de la sintomatología en:

Nivel 0: Sin síntomas depresivos

Nivel 1: Dudosas: sentimientos de tristeza, con ánimo bajo o desesperanzado; preocupación sobre haber fallado a alguien o algo pero sin llegar estar absorto en ello.

Nivel 2: Síntomas leves: periodos frecuentes de sentirse muy triste, con ánimo bajo moderadamente deprimido o desesperanzado; preocupado sobre haber fallado a alguien o algo, estando algo absorto de ello.

Nivel 3: síntomas presentes y moderados: periodos frecuentes de una depresión profunda o desesperanza. Preocupación con culpa de haber hecho algo equivocado.

Nivel 4: Síntomas Graves: sentirse profundamente deprimido o desesperanzado a diario; culpa delirante o autoreproche o desproporcionados por las circunstancias. (SALABERRIA, 2013)

### **III.3 Tratamiento**

La guía de la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry (AACAP) en los Estados Unidos recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la sintomatología y el DSM 5 también menciona los siguientes esquemas de tratamiento: (PADEZ, 2013)

A) Depresión leve: Dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas.

B) Depresión moderada, iniciar terapia cognitivo-conductual y/ o un antidepresivo. Y en depresión severa, recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia. La guía de la National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) del Reino Unido recomienda psicoterapia como primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo.(PADEZ, 2013)

#### **III.3.1 Tratamiento no farmacológico**

##### **III.3.1.1 Psicoeducación**

Es muy importante explicarles a los encargados del niño acerca de la depresión infantil y la aceptación de los padres ante este diagnóstico, deben reconocerse cuáles serían los factores protectores a esta condición, pues reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación: (PACHECO, 2013)

- Encontrar actividades o medios sociales que le puedan generar un buen sentido del humor.

- Tener buenas relaciones sociales, que involucren mejores amigos.

- Tener buenas relaciones familiares que sean estrechas con uno o más miembros de la familia.



- Que las personas a su alrededor le reconozcan logros personales.

-Que tenga la oportunidad de estar matriculado en alguna actividad lúdica o física.

La psicoeducación también pretende sensibilizar a la familia para reconocer signos y síntomas, riesgos de recaída, dificultades en el funcionamiento académico y las acciones de los medicamentos. (SANCHEZ, 2015)

### **III.3.1.2 Psicoterapias**

La que más reportes de eficiencia y eficacia da para esta población es la psicoterapia de tipo cognitivo-conductual, que se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados con situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva.(SANCHEZ, 2015)

La mayor parte de estos se ha llevado a cabo en adolescentes, encontrándose más limitaciones en su aplicación en niños, ya que su desarrollo cognitivo aún no se ha completado y presentan un mayor grado de dependencia de los padres, lo que obliga a ajustar las intervenciones al estadio evolutivo del paciente. La terapia familiar ha demostrado ser útil como coadyuvante de las psicoterapias individuales anteriormente mencionadas. Su valor es aún mayor cuando se trata de cuadros de disfunción familiar o de duelo.

Lo importante es que la familia esté dispuesta a iniciar el proceso y a realizar los cambios que sean necesarios, dado que en ocasiones la depresión de un niño es la actuación de un conflicto familiar. No se dispone de datos suficientes que avalen su eficacia, aunque algunos resultados obtenidos son prometedores. Sin embargo, existen intervenciones familiares que sí han demostrado ser eficaces, sobre todo aquellas que facilitan el acceso a la información de los padres, así como

su participación activa en el tratamiento, como la psicoeducación familiar.(SANCHEZ, 2015)

### **III.3.2 Tratamiento farmacológico**

#### **III.3.2.1 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):**

Constituyen actualmente el tratamiento farmacológico de elección en la depresión de niños y adolescentes, tanto por su eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad. El más extensamente estudiado es la fluoxetina, el primero que fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la depresión infantil, en niños a partir de los 8 años de edad y otros más frecuentemente utilizados en esta población son: fluvoxamina, sertralina y escitalopram.

A pesar de que algunos ensayos clínicos han obtenido respuestas prometedoras con la paroxetina, este ISRS es el que más resultados negativos ha obtenido en estudios de eficacia en esta población, motivo por el que no se recomienda su utilización actualmente. Todos los ISRS comparten un perfil similar de efectos secundarios, que incluyen molestias gastrointestinales que suelen desaparecer después de los primeros días de administración, alteraciones del sueño, fundamentalmente insomnio, aunque algunos pueden dar lugar a la aparición de somnolencia, diaforesis, cefalea, acatisia, disfunción sexual, inquietud, manía e hipomanía.

#### **III.3.2.2 Antidepresivos tricíclicos**

Para el uso de antidepresivos tricíclicos como imipramina, clomipramina, y amitriptilina, se deben solicitar pruebas electrocardiográficas por el riesgo de arritmias y estudios de presión arterial previos a la administración. Los efectos clínicos de estos medicamentos usualmente no se ven antes de 15-20 días y la adherencia frecuentemente está minada por los efectos anticolinérgicos como constipación, sequedad de mucosas orales, dificultades de acomodación visual,

gastritis, aumento de peso, dolor de cabeza, temblor, disfunción sexual, exantema cutáneo, hipomanía, confusión o psicosis.

### **III.3.2.3 Instrumento**

Una de las formas para detectar la depresión infantil es el Inventario de depresión para niños, que fue desarrollado por Kovacs, este es el auto informe más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años y se creó a partir del cuestionario de depresión de Beck para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar la versión original, fue publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A y el BDI-II, publicado en 1996, última actualización en 2011, en Institute for Cognitive Therapy and Research, en Rhode Island, Estados Unidos. (CRUZ, 2003)

En México que ha utilizado en diversas investigaciones una de ellas en el Estado de Sonora con el tema Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora, presentado en la revista de investigación del seguro social en el 2014, este instrumento consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva, como el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. (FREYRE, 2016)

De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva, es el que requiere un nivel menor de comprensión lectora y es adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación <sup>21</sup> y sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. Todos los ítems del tienen tres enunciados de respuesta. (SALAZAR, 2014)

Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo con estas puntuaciones:

- La ausencia del síntoma en relación a la respuesta A y se puntúa 0

- La presencia en una forma leve en relación a la respuesta B y se puntúa 1
- La presencia en una forma grave en relación a la respuesta C se puntúa 2

Por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.

El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión. La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas. (SALAZAR, 2014)

La puntuación obtenida en relación a la aplicación del instrumento nos dará la puntuación bruta la cual posteriormente se convertirá en percentiles y se clasificara en: 1. Sin depresión, 2. Depresión leve, 3. Depresión moderada, 4. Depresión severa. (SALAZAR, 2014)

## **IV. HIPÓTESIS**

### **IV.1 Hipótesis general**

Determinar la asociación entre la insatisfacción corporal y depresión en niños de 7 a 9 años.

### **IV.2 Hipótesis estadística**

Ho: Los niños de 7 a 9 años con insatisfacción corporal presentan depresión en  $\leq$  de 40%, y los niños con satisfacción presentan depresión en  $\geq$  de 20%.

Ha: Los niños de 7 a 9 años con insatisfacción corporal presentan depresión  $>$  de 40%, y en los niños con satisfacción presentan depresión en  $<$  de 20%.

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1 Objetivo general**

Determinar la asociación entre la insatisfacción corporal y depresión en niños de 7 a 9 años.

### **V.2 Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de satisfacción corporal en niños de 7 a 9 años.
- Determinar la prevalencia de depresión en niños de 7 a 9 años
- Determinar la asociación entre satisfacción corporal y depresión en niños de 7 a 9 años.

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

## VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y comparativo.

## VI.2 Población o unidad de análisis

Niños adscritos a las Unidades de Medicina Familiar 09, 15 y 16, además en el Hospital General Regional No. 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de agosto 2020- Enero 2021.

Se obtuvieron dos grupos:

- 1.- Grupo de estudio: niños con insatisfacción corporal.
2. Grupo de comparación: niños sin satisfacción corporal.

## VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico no aleatorio, por conveniencia.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para estudios de dos proporciones para una población infinita, con nivel de confianza de 95% ( $Z_{\alpha}=1.64$ ), margen de error del 0.05, Tomando la prevalencia de 40%.

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

Dónde:

**n**= Tamaño muestral

- **Z $\alpha$** = Nivel de confianza de 95% (valor de 1.64) indica el grado de confianza que se tiene de que el valor verdadero del parámetro en la población se encuentre en la muestra calculada.
- **Z $\beta$** = Determina el poder de la prueba con el cual se desea trabajar.

- **P1**= Proporción establecida en la hipótesis para el grupo identificado como de estudio proporción de depresión en niños con insatisfacción corporal= 40%=0.40
- **q1**= corresponde a la no ocurrencia del evento del grupo identificado como de estudio.
- **P0**= Es la proporción establecida en la hipótesis para el grupo identificado como control. Proporción de depresión en niños con satisfacción corporal =20%=0.20
- **q0**= Corresponde a la no ocurrencia del evento en el grupo identificado como control.

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2(p_1q_1 + p_0q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2(0.60)(0.40) + (0.20)(0.80)}{(0.40 - 0.20)^2}$$

$$n = \frac{(2.48)^2(0.24 + 0.16)}{(0.2)^2}$$

$$n = \frac{(6.15)(0.4)}{0.04}$$

$$n = \frac{2.46}{0.04}$$

$$n = 61.5$$

Se tomó una muestra total de 200 participantes.



### **VI.3.1 Criterios de selección**

Se incluyeron a todos los niños de 7 a 9 años de UMF 09, 16, y 15, además del HGR No. 1 del IMSS, que contaran con seguro social vigente, que firmaran el consentimiento informado al igual que sus padres. Se excluyeron a los niños que ya presentaban diagnóstico de depresión, u otro diagnóstico psicológico o psiquiátrico ya confirmado. Se eliminaron los niños que hayan contestado de manera incompleta o inadecuada los instrumentos aplicados.

### **VI.3.2 Variables estudiadas**

Las variables estudiadas fueron, edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal, depresión e insatisfacción corporal.

## **VI.4 Técnicas e instrumentos**

### **VI.4.1 Instrumentos para insatisfacción corporal.**

Para la valoración de insatisfacción corporal se utilizó la aplicación del instrumento de las siete figuras de Collins: evalúa la percepción que tienen los niños de su imagen corporal, contiene 7 figuras humanas ordenadas de menor a mayor complejidad; las cuales se clasifican como: 1. bajo peso, 2. bajo peso moderado, 3. Bajo peso ligero, 4. Normo peso, 5. sobrepeso ligero, 6. Sobrepeso moderado, 7. Obesidad. (MOREN,2014)

Los participantes, eligieron una figura para auto describirse y otra a la que les gustaría parecerse la imagen ideal. La escala de Collins, elaborada en 1991, presenta un coeficiente de validez relacionada con criterio entre 0.36 y 0.37, y una confiabilidad por el método de test re-test de  $r = 0.38 - 0.71$  (Moren, 2014)

Dichas figuras, van desde la representación de una figura muy delgada hasta una figura con sobrepeso. Así pues, se tiene un rango de puntuaciones que van de 1 hablando de delgadez hasta 7, haciendo referencia a obesidad cada uno con incremento de 0.5 punto, esto permite obtener un índice indicativo de las

discrepancias percibidas entre los distintos “yo” restando las puntuaciones obtenidas del yo real en relación con el índice de masa corporal (IMC): peso/altura<sup>2</sup>. Partiendo de percentiles de referencia, se busca lograr la identificación de participantes con obesidad, sobrepeso, normo peso y bajo peso, es un instrumento que usa el método visual, a través del cual, se busca obtener una estimación global de la imagen corporal. (FERNANDEZ, 2010)

A los individuos, se les realizaron dos preguntas relacionadas con las figuras primero, se les pide que indiquen qué figura representa mejor la representación cognitiva de su propio tamaño, es decir, "Su tamaño real, el tamaño que se puede mostrar en un espejo", y en segundo lugar se les pidió, que indicaran qué figura representa mejor el tamaño corporal deseado es decir "el tamaño corporal ideal, el tamaño que preferiría tener". (FERNANDEZ, 2017)

La primera línea de figuras sirve de base para medir el ajuste o la falta de este entre el peso real, valorado con el IMC de cada sujeto, y el peso percibido esto en figura que representa su peso actual valorado en el Test de Siluetas. El segunda línea de figuras se utiliza para valorar la diferencia entre el peso percibido en figura que representa su peso actual y el peso ideal describe la figura que le gustaría tener y la diferencia entre ambos valores la hemos denominado insatisfacción. (BAILE, 2003)

#### **VI.4.2 Instrumento para la depresión**

El Inventario de depresión para niños, que fue desarrollado por Kovacs, es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años y se creó a partir del cuestionario de depresión de Beck, para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar; la versión original, fue publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A y el BDI-II, publicado en 1996, última actualización en 2011, en Institute for Cognitive Therapy and Research, en Rhode Island, Estados Unidos. (CRUZ, 2003)

De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva, es el que requiere un nivel menor de comprensión lectora y es adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación y sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. Todos los ítems del tienen tres enunciados de respuesta. (SALAZAR, 2014)

Las puntuaciones directas se obtuvieron sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo con estas puntuaciones:

- La ausencia del síntoma en relación a la respuesta A y se puntúa 0
- La presencia en una forma leve en relación a la respuesta B y se puntúa 1
- La presencia en una forma grave en relación a la respuesta C se puntúa 2

Por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.

El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión. La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que indica que, entre el 71 y 94% de las puntuaciones son verdaderas. (SALAZAR, 2014)

La puntuación obtenida en relación con la aplicación del instrumento da la puntuación bruta la cual posteriormente se convertirá en percentiles y se clasifica en: 1. Sin depresión, 2. Depresión leve, 3. Depresión moderada, 4. Depresión severa. (SALAZAR, 2014)

## **VI.5 Procedimientos**

Una vez obtenida la autorización por el comité local de ética e investigación, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la UMF 09 "Ignacio García Téllez", UMF 15, UMF 16 y del Hospital Regional No. 1.

Se realizó acudiendo en los 2 turnos de las unidades de medicina familiar ya mencionadas en el área de sala de espera, y en el hospital al área de urgencias pediátricas y se seleccionaron a los niños que contaban con los criterios de selección y se realizó:

- 1) Explicación del proyecto y firma de consentimiento informado
- 2) Medición de peso y talla
- 3) Llenado de cuestionarios

A continuación, se describe de forma detallada cada uno de los puntos anteriormente mencionados:

Se acudió a cada una de las unidades de medicina familiar en los 2 turnos de las clínicas, en la sala de espera se seleccionaron los niños, se le otorgo el consentimiento informado y se explicó el procedimiento, ya firmado, se realizó lo siguiente:

1. Se realizó toma de peso y talla. Para la toma de peso, la báscula de marca Silverlin que esta previamente calibrada, se colocó en una superficie plana, horizontal y firme, antes de iniciar, se comprobó el adecuado funcionamiento de la báscula y su exactitud, se colocó al niño en el centro de la plataforma, de pie de frente al medidor, erguido con hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas, verificamos que los brazos del niño estén hacia los costados y holgados, sin ejercer presión y checa que la cabeza esté firme y mantenga la vista al frente en un punto fijo, también debemos evitar que el niño se mueva para evitar oscilaciones en la lectura del peso, esto para tener una medición lo más exacta posible y así poder establecer el índice de masa corporal y establecer grupos de normo peso, sobrepeso, obesidad y bajo peso por la fórmula de Índice de masa corporal (IMC),  $IMC = PESO/TALLA^2$ .

Posteriormente se seleccionó un área de la umf para que el menor conteste los instrumentos, se les entrego a los niños primero el instrumento de insatisfacción corporal de las 7 figuras de Collins. Se les explico a los niños y niñas las 7 figuras superiores e inferiores. Primero en las figuras superiores se les pidió que encierren en un círculo la figura con la se identifican, es decir a la figura que ellos consideraron que los representaba, posteriormente en las figuras inferiores se les solicito que encierren en un círculo la figura a la cual les gustaría parecerse, en algunos casos los niños decidieron seleccionar la misma figura de la parte superior eso fue aceptado. De este modo, se clasifican en dos grupos:

- a) Grupo 1: niños con insatisfacción corporal.
- b) Grupo 2: niños sin insatisfacción corporal.

Posteriormente, a todos los niños de ambos grupos se les aplico el instrumento de Inventario de depresión para niños de Kovacs, para identificar a los niños con depresión y sin depresión. Se les entrego el cuestionario y se les explico que son 27 oraciones las cuales completaron con una de las 3 respuestas y con la que ellos se identificaron.

Se procedió a realizar la identificación de los niños con insatisfacción corporal que presentaron depresión y los niños que cursaron con satisfacción corporal y presentaron depresión.

Posteriormente se realizó lo siguiente:

- Se identificaron a los niños con bajo peso, sobre peso y obesidad y fueron enviados a su unidad de medicina familiar para ser canalizados al área de medicina familiar y nutrición.

- Se localizaron a los niños que se identificaron con depresión, y se enviaron a su unidad de medicina familiar para ser canalizados al área de psicología y psiquiatría.

Se reunió la información por medio de hoja de recolección de datos, posteriormente será concentrará en programa Excel.

#### **VI.5.1 Análisis estadístico**

Se utilizó estadística descriptiva a través de promedios, desviación estándar y frecuencias. Estadística inferencial con la prueba de  $X^2$  con un intervalo de confianza del 95%.

#### **VI.5.2 Consideraciones éticas**

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respeta el Principio general número 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. Así como el párrafo 24 que refiere “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal”.

Es importante aclarar, que el niño tuvo el derecho de decidir no participar en el estudio, o abandonar la investigación en cualquier momento, incluso si contamos con la autorización del padre, madre o tutor, por lo que se contó con consentimiento informado tanto como para el responsable del menor, como para el propio niño (a).

Por las características del estudio se consideró que no implicó riesgo para los participantes dado que los procedimientos ya mencionados que se realizaran no causan daño en la integridad de los participantes.

## **VII. RESULTADOS**

**Cuadro VII. 1 Relación entre el sexo e insatisfacción corporal en niños de 7-9 años.**

n= Insatisfacción corporal 109 / No insatisfacción corporal 91

		Insatisfacción corporal				*p
		Si	%	No	%	
SEXO	Femenino	49	45	41	45.1	0.989
	Masculino	60	55	50	54.9	

\* Prueba de X<sup>2</sup>, Significativo cuando p es < o = a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo titulado “Asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niño de 7 a 9 años”

En la asociación entre el sexo y la insatisfacción, se vio que 45% de las mujeres presentaron insatisfacción corporal y el 55% de los hombres, siendo la diferencia no estadísticamente significativa, p de 0.989.

**Cuadro VII.2 Relación entre IMC e insatisfacción corporal.**



n= Insatisfacción corporal 109 / No insatisfacción corporal 91

		Insatisfacción corporal				*p
		Si	%	No	%	
IMC	Bajo peso	12	11	15	16.5	0.400
	Normopeso	29	26.6	29	31.9	
	Sobrepeso	38	34.9	29	33.5	
	Obesidad	30	27.5	18	19.8	

\* Prueba de X<sup>2</sup>, Significativo cuando p es < o = a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo titulado “Asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niño de 7 a 9 años”

De los pacientes con insatisfacción corporal, predominó el sobrepeso en el 34.9%, de la misma manera en los pacientes con satisfacción corporal con el 33.5%, siendo la diferencia no significativa estadísticamente.

### VII. 3 Relación entre insatisfacción y depresión

n= Insatisfacción corporal 109 / No insatisfacción corporal 91

		Insatisfacción Corporal				*p
		Si	%	No	%	
Depresión	Si	57	52.3	25	27.5	0.001
	No	52	47.7	66	72.5	

\* Prueba de X<sup>2</sup>, Significativo cuando p es < o = a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo titulado “Asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niño de 7 a 9 años”

Los niños con insatisfacción corporal presentaron depresión en el 52.3% y los niños con satisfacción corporal en el 27.5%, diferencia estadísticamente significativa p=0.001.

## VII.4 Relación entre insatisfacción corporal y la intensidad de la depresión.

n= Insatisfacción corporal 109 / No insatisfacción corporal 91

		Insatisfacción corporal				
		Si	%	No	%	*p
Depresión	sin sintomatología	53	48.6	66	72.5	0.001
	Leve	56	51.4	25	27.5	0.001
	Moderada	0	0	0	0	0.001
	Severa	0	0	0	0	0.001

\* Prueba de X<sup>2</sup>, Significativo cuando p es < o = a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo titulado “Asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niño de 7 a 9 años”

Los niños que cursan con depresión presentan depresión leve en un 51.4% y los niños con insatisfacción corporal que no presentaron depresión fue un 48.6%, con un diferencia estadísticamente significativa con valor de p= 0.001.

## VII. 5 Insatisfacción corporal en relación con la edad de los niños.

n= Insatisfacción corporal 109 / No insatisfacción corporal 91

Edad	Insatisfacción Corporal				*p
	Si	%	No	%	
7 años	34	31.2	26	28.6	0.594
8 años	31	28.4	32	35.2	
9 años	44	40.4	33	36.3	

\* Prueba de  $X^2$ , Significativo cuando  $p < 0.05$

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo titulado "Asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niño de 7 a 9 años"

Los niños de 9 años con insatisfacción corporal fue un 40.4%, y los niños de 7 años cursaban con insatisfacción un 31.2% con una diferencia estadísticamente no significativa con un valor de  $p= 0.594$ .

## VII.6 Relación en entre la edad y depresión.

n= Insatisfacción corporal 109 / No insatisfacción corporal 91

Edad	Depresión				*p
	Si	%	No	%	
7 años	21	25.6	39	33.1	0.522
8 años	27	32.9	36	30.5	
9 años.	34	41.5.	43.	36.4	
Sexo					
Femenino	36	43.9	54	45.8	0.795
Masculino	46	56.1	64	54.2	

\* Prueba de X<sup>2</sup>, Significativo cuando p es < o = a 0.05

Fuente: Encuestas realizadas a los pacientes que participaron en el protocolo titulado “Asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niño de 7 a 9 años”

Los niños de 9 años presentaron depresión en un 41.5%, en comparación con los niños de 7 años los cuales cursaron con depresión en un 25.6%, con una diferencia no significativa con un valor de p=0.522. Las mujeres que presentaron depresión representan un 43.9%, los varones que presentaron depresión se encuentra un 56.1% con una diferencia estadísticamente no significativa con valor de p=0.795.

## VIII. DISCUSIÓN

La insatisfacción corporal es un tema subestimado, y sin embargo puede ser la causa de múltiples patologías, es una parte aguda en la identificación del individuo, para así poder aceptarse tal y como es el ser humano, es primordial que desde la infancia se comience a valorar la insatisfacción corporal para identificar el problema y tratarlo.

Se ha identificado en la literatura que los trastornos del estado de ánimo comienzan posterior a un problema de autoestima baja, imagen corporal negativa, y/o preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico, esto puede llevar principalmente a un trastorno depresivo que de no ser identificado y tratado a tiempo más adelante terminaría en un intento de suicidio.

De las fortalezas del estudio es que para evaluar la insatisfacción corporal se empleó el instrumento de las 7 figuras de Collins, ya que es sencillo para aplicar en niños, de manera visual presenta 7 figuras con diferentes formas corporales y para la medir la depresión se utilizó el cuestionario de depresión infantil de Kovacs de fácil interpretación para los niños.

En un estudio previo en la Ciudad de Sonora en 2014 que estudio niños de 6 a 12 años, se encontró que los niños con sobrepeso y obesidad estaban más insatisfechos y de estos un 58.6 % se encontraron deprimidos; otro estudio realizado en la Ciudad de Querétaro en 2019 en adolescentes, obtuvo que el grupo de sobrepeso obesidad predominaron los varones con un 59.5% y de estos el 83% se encontraban deprimidos; ahora bien con el presente estudio se obtuvo que los niños de 9 años se encontraron con mayor porcentaje de insatisfacción con un 55% y de estos se encontraron más varones deprimidos con un 56.1% en comparación con niñas, además los grupos que predominaron insatisfechos y deprimidos fueron los que presentaron sobrepeso, siendo esto similar en estudios previos, es decir que los niños que se encuentran más insatisfechos continúan con

esta insatisfacción hasta la adolescencia y probablemente en la adultez, desarrollando un trastorno del estado de ánimo.

El género y la insatisfacción corporal no se asociaron significativamente, a pesar que se obtuvieron más varones insatisfechos; tampoco se obtuvo asociación entre el índice de masa corporal y la insatisfacción corporal, sin embargo entre más porcentaje de masa corporal se presentó mayor insatisfacción, ya que eso predispone a más cambios físicos en el cuerpo lo que va provocando insatisfacción.

De los niños que se encontraron insatisfechos, la mayoría presentaba sobrepeso a comparación de los niños con obesidad que fueron en un menor porcentaje, quizás es el sobrepeso el punto en el que el niño se analiza y comienza con insatisfacción, además estos niños presentaron en su mayoría depresión, y al clasificar la depresión los niños presentaron síntomas leves, y al contestar los incisos de cuestionario de depresión 7,12,14, los cuales hablan del aspecto y de socialización fueron respondidos de manera negativa, afirmando que no están contentos con su aspecto y que en ocasiones prefieren estar solos y/o les cuesta socializar con otros niños, estos nos dice que entre más cambios físicos ocurran en el niño y no sea de su agrado presentaran más insatisfacción y a su vez comenzara con algún trastornos del estado de ánimo.

A pesar de los estereotipos que se presentan la vida diaria donde se antepone que la mujer se percibe a si misma con una mayor insatisfacción de su autoimagen y es la encargada de buscar un cambio en ella para mejorar su propio autoestima, así como la de presentar mayores trastornos del estado de ánimo en comparación con la figura masculina, la literatura previa como la presente lo pone en controversia, ya que se obtuvo que tanto el varón niño como adolescente presenta una mayor insatisfacción corporal y así mismo un trastorno depresivo que se pretende identificar desde la niñez.

Se observó que en niños con rango de edad entre 7-8 años, se presentó insatisfacción en menor frecuencia, de hecho al contestar el instrumento de Collins

lo realizaban de una manera más rápida y segura, en comparación con los niños de 9 años que tomaban su tiempo para visualizar las figuras y ocasiones mirarse a mis mismos; si bien la imagen corporal del niño se forja alrededor de los 5 años, hasta los 8 se encuentran en un periodo de niñez y al entrar los 9 años comienzan el periodo de transición a adolescencia o pubertad la cual aparece a los 10 años, entonces en este periodo comienzan a preocuparse más sobre su imagen para ser aceptados por los demás y al no estar conforme con esta imagen comienza con alteración de la imagen corporal y al no identificarla podría aparecer un trastorno del estado de ánimo.



## **IX. CONCLUSIONES**

Se observó una frecuencia de cifras de insatisfacción corporal del 54.5 % y de estos un 52% de depresión en niños y niñas de 7 a 9 años, obteniendo una  $p=0.001$  que fue estadísticamente significativo, demostrando que existe una asociación, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.

## **X. PROPUESTAS**

- A pesar de que ya se instituyó en las escuelas el no vender la comida chatarra a niños, se debe realizar educación a los padres de familia durante la consulta para comenzar en el hogar a fomentar en los menores una adecuada alimentación en cualquier lugar donde se encuentren, para evitar más niños con alteraciones en su peso, y enfermedades del estado de ánimo.

Realizar tamizaje para insatisfacción en la consulta externa para detectar a tiempo trastornos del estado de ánimo.

Canalizar a los niños identificados con alteraciones del peso al área de nutrición en su unidad de medicina familiar correspondiente.

Canalizar a los niños con depresión al área de psicología de su unidad de medicina familiar correspondiente.

## XI. Bibliografía

Aguilar C, Blanco L , Villarreal E. et al.( 2018).Asociación de sobrepeso u obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes. archivos latinoamericanos de nutrición,68;321-327.

<file:///C:/Users/simf5.umf01522/Downloads/PUBLICACION%20%202019.pdf>

Alejo I.(2018). Diseño y evaluación de la confiabilidad y validez de la prueba de percepción de la imagen corporal.,1,5-100.

<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/22348/1/DISE%20%20EVALUACION%20DE%20LA%20CONFIABILIDAD%20Y%20VALIDEZ%20DE%20LA%20PRUEBA%20DE%20PERCEPCION%20DE%20LA%20IMAGEN%20CORPORAL.pdf>

Ayensa J, González M.(2012).Psychometric properties of a brief scale for the assessment of children body dissatisfaction. Acción psicológica,9(1),125-130.

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/442/768>

Baile A.(2003).¿qué es la imagen corporal?. Rev psicológica,1-17.

[https://www.unedtudela.es/archivos\\_publicos/qweb\\_paginas/4469/revista2articulo3.pdf](https://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf)

Calleja N.( 2011). Inventario de escalas psicosociales.Ciudad de Mexico,20(3),29-33.

Coelho E, Padez C, Moreira P, Rosado V, Mourão I. (2013) Bmi and self-perceived body shape in portuguese children. Rev psicol del deport,22(2),371-376.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235128058006>

Contreras J, Hernández I, freyre má. (2016). Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in girls with obesity. Rev mex trastor aliment,7(1),24-3.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007152316300040?token=A5237AC5485674D5A5F168649245CFC0B384B6668477A9CDE97A57CB7C4E1A8EAE304CA>

[CE4A9F3860F18C0AAABCE7CB7&originRegion=us-east-1&originCreation=20210902161122](https://doi.org/10.1016/j.psiquis.2011.09.002)

Cruz S, Maganto C.(2003) El test de siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. Psiquis (mexico),23(1),33-43.<https://xdoc.mx/documents/el-test-de-siluetas-un-estudio-exploratorio-de-la-distorsion-e-5f72b39c7de81>

Duno M, Acosta E. (2019).Body image perception among university adolescents. Rev Chil Nutr, 46(4); 545-553. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n5/0717-7518-rchnut-46-05-0545.pdf>

Elosua P.(2013).Differential and modulator effect of body mass index on body dissatisfaction in two groups of spanish and mexicans young women. Nutr hosp,28(6);2175-2181. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24506398/>

Fernández V.(2010) Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la ciudad de buenos aires.perspectivas en psicología,7,24-30. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443010.pdf>

Haddad C, zakhour M, akel M, et al. (2019). Factors associated with body dissatisfaction among the lebanese population. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,24(3),507-519. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40519-018-00634-z>

Hernán S.(2014). Dsm-5 nueva clasificación de los trastornos mentales. Rev chil neuropsiquiatr,52(1):166.[https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero\\_marzo\\_2014/Suplemento\\_2014\\_1\\_Neuro\\_Psiq.pdf](https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf)

Hildebrand D.( 2013).Depression in children. National association of school psychologists,3(1);237–240.<https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113h.pdf>

Inegi.( 2017)encuesta nacional de los hogares:38-40.

Johan a, Lenhard f, Ata ghaderi.(2015) Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. Journal of primary prevention,36(1),387–403.  
<https://doi.org/10.1007/s10935-015-0405-4>

León M., González I., Fernández G.(2018).Percepción del tamaño corporal e insatisfacción en niños de 3 a 6 años: una revisión sistemática. Anales de psicología,34(1),173–183.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v34n1/0212-9728-ap-34-01-00173.pdf>

Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.( 2017). Washington, DC: American psychiatric association.

Medina M, Arévalo V, Díaz M, et al.(2012) Body dissatisfaction in children and preadolescents: a systematic review.introducción. [internet].Mexican journal of eating disorders, (3), 62-79.  
<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/212>

Mendelson T., Tandon D.(2016) Prevention of depression in childhood and adolescence. Child and adolescent psychiatric clinics of north America,25,201–218.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26980124/>

Meneses M, Moncada J. Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. Rev iberoam psicol del ejerc y el deport.[internet].2008;3:13-34.Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/3111/311126259002.pdf>

Mikami K, Matsumoto H. (2007)Childhood and adolescent depression. Nippon rinsho japanese clin med,65(9),1679-1683.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17876994/>

Morales C, Pascalis J, Gonzalez R, Brito O.(2014) Depresión y estado de nutrición en escolares de sonora. Aportaciones orig rev med inst mex seguro soc,52,64-67. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141k.pdf>

Moreno M. (2014) La depresión a lo largo del desarrollo. Depresión en la infancia y adolescencia. *Revista de psiquiatría y psicología*, 48(1), 848-851. <http://www.avpap.org/documentos/gasteiz14/DepresionInfancia.pdf>

Pacheco P. (2013). Depresión en niños y adolescentes. *Precopecopeco*, 15(1), 30-38. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>

Paloma Jimenez-Flores, Arturo Jimenez-Cruz, Montserrat Bacardi-Gascon. (2017) Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v34n2/1699-5198-nh-34-02-00479.pdf>

Rentz A, Silveira V, De liz C, Andrade A. (2017) Autoestima, imagen corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Revista de saúde pública*, 19(1), 111-120. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00111.pdf>



Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. (2017). Percepción de la imagen corporal. *Revista de ciencias de la salud*, 8, 171-183. <https://core.ac.uk/download/pdf/11499839.pdf>

Sánchez J, Ruiz A. (2015). Relationship between self-esteem and body image in children with obesity. *Revista de trastornos alimentarios*, 6(1), 38-44. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n1/2007-1523-rmta-6-01-00038.pdf>

Weinberger N, Kersting A, Riede S, Luck C. (2017). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity facts*, 9(6), 424-441. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28013298/>

## XII. Anexos

### XII.1 Hoja de recolección de datos

	<b>HOJA DE RECOLECCION DE DATOS</b> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROSOCIAL</b> <b>UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9</b>	
		FOLIO: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____		
NSS: _____ CLINICA: _____ CONSULTORIO: _____		
PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ GRADO ESCOLAR: _____		
INSATISFACCION CORPORAL:      SI      NO		
INSTRUMENTO PARA DEPRESION DE KOVACS:		
PUNTUACION BRUTA: _____ GRADO DE DEPRESION: _____		

Elaborado por: Julieta Anilú Del Angel Proa

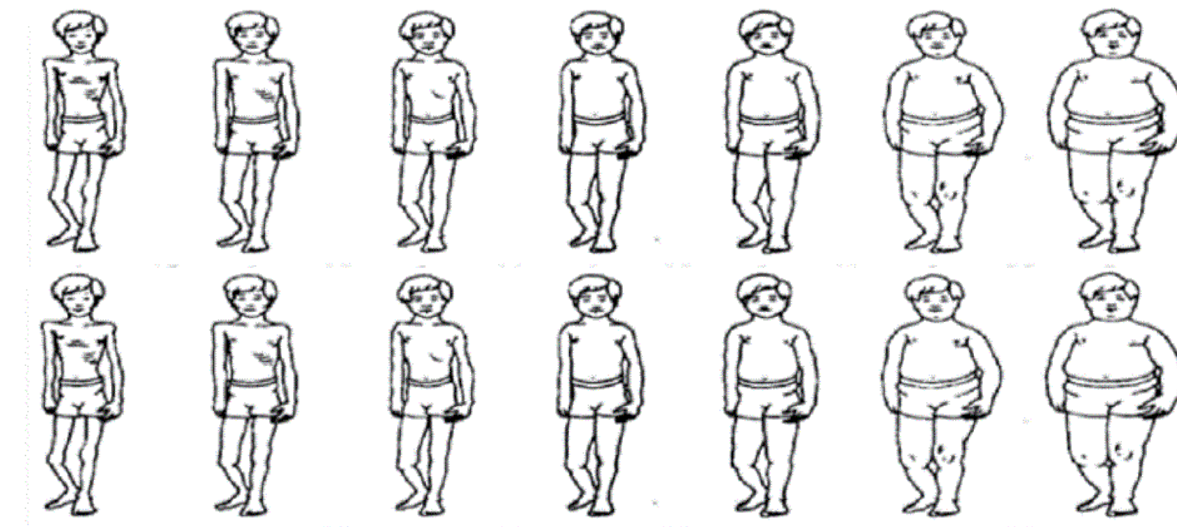
## XII.2 Instrumentos

### INSTRUMENTO DE INSATISFACCION COPORAL DE COLLINS 7 FIGURA

#### ESQUEMA PARA NIÑAS



#### ESQUEMA PARA NIÑOS





### XII.3 Inventario de depresión para niños de Kovacs

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

CUESTIONARIO – CDI Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario auto administrado.

1)

1. Estoy triste de vez en cuando.  
Estoy triste muchas veces.  
Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien  
No estoy seguro de si las cosas  
me saldrán bien.  
Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las  
cosas.  
Hago mal muchas cosas  
Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas  
Me divierten algunas cosas  
Nada me divierte
5. Soy malo siempre  
Soy malo muchas veces  
Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden  
ocurrir cosas malas.  
Me preocupa que me ocurran  
cosas malas.  
Estoy seguro de que me van a  
ocurrir cosas terribles
7. Me odio  
No me gusta como soy  
Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa  
mía.  
Muchas cosas malas son culpa  
mía.  
Generalmente no tengo la culpa  
de que ocurran cosas malas.
9. No pienso en matarme  
pienso en matarme pero no lo  
haría  
Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los  
días  
Tengo ganas de llorar muchos  
días  
Tengo ganas de llorar de vez  
cuando en cuando.
11. Las cosas me preocupan  
siempre  
Las cosas me preocupan  
muchas veces.  
Las cosas me preocupan de  
cuando en cuando.
12. Me gusta estar con la gente  
Muy a menudo no me gusta  
estar con la gente  
No quiero en absoluto estar con  
la gente.
13. No puedo decidirme  
Me cuesta decidirme  
me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto  
Hay algunas cosas de mi  
aspecto que no me gustan.  
Soy feo
15. Siempre me cuesta ponerme a  
hacer los deberes  
Muchas veces me cuesta  
ponerme a hacer los deberes

No me cuesta ponerme a hacer los deberes

16. Todas las noches me cuesta dormirme

Muchas noches me cuesta dormirme.

Duermo muy bien

17. Estoy cansado de vez cuando en cuando

Estoy cansado muchos días

Estoy cansado siempre

18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer

Muchos días no tengo ganas de comer

Como muy bien

19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.

Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad

Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20. Nunca me siento solo.

Me siento solo muchas veces

Me siento solo siempre

21. Nunca me divierto en el colegio

Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.

Me divierto en el colegio muchas veces.

22. Tengo muchos amigos

Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más

No tengo amigos

23. Mi trabajo en el colegio es bueno.

Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.

Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.

Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.

Soy tan bueno como otros niños.

25. Nadie me quiere

No estoy seguro de que alguien me quiera

Estoy seguro de que alguien me quiere.

26. Generalmente hago lo que me dicen.

Muchas veces no hago lo que me dicen.

Nunca hago lo que me dicen

27. Me llevo bien con la gente

Me peleo muchas veces.

Me peleo siempre.

## XII.4 Carta de consentimiento informado.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y/O TUTOR



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS- PADRE/MADRE/TUTOR)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<u>Insatisfacción corporal y su asociación con depresión en niños de 7 a 9 años</u>
Lugar y Fecha	<u>Abril del 2020 a marzo 2021.</u>
Número de registro	
Justificación y objetivo del estudio:	<u>En la actualidad hay ciertos valores de estética corporal, que ha contribuido a generar cierta insatisfacción corporal lo que lleva en ocasiones a presentar trastornos psicológicos. Objetivo: Determinar la asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niños de 7 a 9 años.</u>
Procedimiento:	<u>Se acudirán a la UMF 9 en los turnos de la clínica y se seleccionaran los niños que cuenten con las características de estudio, si su hijo tiene entre 7 y 9 años y los padres de familia y/o tutor firmen el consentimiento informado.</u>
Posibles riesgo y Molestias	<u>La investigación no se considera que provoque riesgo para su hijo. Sin embargo puede presentar incomodidad al pesarlo o al contestar el cuestionario. Se realizara mediante la medición de peso y talla con una báscula y un estadímetro. La medición la hará un médico. A su hijo, en caso necesario, se le tocarán los brazos para acomodarlo en la báscula y sea pesado de forma correcta. El niño puede sentir incomodidad. Se entregara un cuestionario a su hijo para detectar la percepción de su imagen corporal y detectar depresión, que será mediante figuras y preguntas para los menores. Utilizará aproximadamente 20 minutos por cuestionario.</u>
Posibles beneficios que Recibirá al participar en El estudio	<u>Los resultados serán entregados para envío a servicios correspondientes en caso necesario (medicina familiar, psicología y nutrición).</u>
Información sobre Resultados y alternativas De tratamiento	<u>Al paciente se le realizará un informe de resultados para la UMF 09, así como la redacción y envío de artículo para publicación de resultados.</u>
Participación o retiro	<u>La participación del estudio es voluntaria por lo que su hijo tiene el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que usted o su hijo lo considere conveniente.</u>
Privacidad y confidencialidad	<u>Se conservará la privacidad de datos del paciente sin que se identifique en presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, los datos serán manejados en forma confidencial.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable	<u>Dra. Julieta Anilú Del Angel Proa, residente 1er.año de medicina familiar, 99239811, correo <a href="mailto:julieta.proa@gmail.com">julieta.proa@gmail.com</a>, celular 8331099903</u>
Colaboradores	<u>Dra. Erika Esther Cadera Moreno, Especialista en medicina familiar, matricula 99235437, correo: <a href="mailto:dra.ecadena@gmail.com">dra.ecadena@gmail.com</a>, celular 4421064061.</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con:	
	<u>La Doctora Julieta Anilú Del Angel Proa al teléfono: 8331099903 o directamente a la UMF 09 Guadalupe Victoria 100, Carrillo Puerto, 76138 Santiago de Querétaro, Qro.al teléfono: 442 210 0524</u>

Nombre y firma del Padre y/o Tutor

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien

Obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MENOR



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

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS)

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

Nombre del estudio:	<u>Isatisfacción corporal y su asociación con depresión en niños de 7 a 9 años</u>
Lugar y Fecha	<u>Abril del 2020 a marzo 2021.</u>
Número de registro	
Justificación y objetivo de estudio	<u>En la actualidad hay ciertos valores de estética corporal, que ha contribuido a generar cierta insatisfacción corporal lo que lleva en ocasiones a presentar trastornos psicológicos. Objetivo: Determinar la asociación entre insatisfacción corporal y depresión en niños de 7 a 9 años.</u>
Procedimiento:	<u>Se acudirá a la UMF 9 en los turnos de la clínica y se seleccionaran los niños que cuenten con las características de estudio, si su hijo tiene entre 7 y 9 años y los padres de familia y/o tutor firmen el consentimiento informado</u>
Posibles riesgo y Molestias	<u>La investigación no se considera que provoque riesgo para ti. Durante este estudio obteneremos unos datos tuyos, primero te tomaremos el peso y talla por medio de una báscula y estadiómetro, por lo cual te pediremos que retires algunos artículos de tu uniforme como zapatos y/o suéter en caso de contar con él, lo que puede incomodarte. En caso necesario, se tocarán tus brazos para acomodarte para pesarte y medirte. Para tu tranquilidad, la medición la realizará un médico. Después te entregaremos unos cuestionarios para que contestes: uno de figuras y uno de preguntas y respuestas en los cuales se te dará ayuda en caso de que tengas alguna duda para resolverlos. Tardarás aproximadamente 20 minutos con cada cuestionario.</u>
Posibles beneficios que Recibirá al participar en El estudio	<u>Los resultados serán entregados para envío a servicios de primer nivel en caso necesario (medicina familiar, psicología y nutrición).</u>
Información sobre Resultados y alternativas De tratamiento	<u>Al paciente se le realizará un informe de resultados para la UMF 09, así como la redacción y envío de artículo para publicación de resultados.</u>
Participación o retiro	<u>La participación del estudio es voluntaria, y puedes retirarte del estudio en cualquier momento si así tú lo deseas.</u>
Privacidad y confidencialidad	<u>La información que recabemos y que tú nos proporciones, será confidencial, solo el personal de este estudio lo sabrán, tus maestros y compañeros no tendrán acceso a tu información.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable	<u>Dra. Julieta Anilú Del Angel Proa, residente 1er.año de medicina familiar, 99239811, correo <a href="mailto:julieta.proa@gmail.com">julieta.proa@gmail.com</a>, celular 8331099903</u>
Colaboradores	<u>Dra. Erika Esther Cadera Moreno, Especialista en medicina familiar, matricula 99235437, correo: <a href="mailto:dra.ecadena@gmail.com">dra.ecadena@gmail.com</a>, celular 4421064061.</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con:	
	<u>La Doctora Julieta Anilú Del Angel Proa al teléfono: 8331099903 o directamente a la UMF 09 Guadalupe Victoria 100, Carrillo Puerto, 76138 Santiago de Querétaro, Qro.al teléfono: 442 210 0524</u>

Nombre y firma del Niño o Niña

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien  
Obtiene el consentimiento  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013