



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Depresión y problemas de autoestima en
niños en función del índice de masa
corporal.**

Alumno: Piedecausa Valero, M^a Ángeles

Tutor: González de Dios, Francisco Javier

Curso: 2023-2024



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 8/01/2024

Nombre del tutor/a	Francisco Javier González de Dios
Nombre del alumno/a	Mª Ángeles Piedecausa Valero
Tipo de actividad	Adherido a un proyecto autorizado
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Depresión y problemas de autoestima en niños en función de su índice de masa corporal.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231229032908
Código de autorización COIR	TFM.MMC.FJGDD.MAPV.231229
Caducidad	2 años

Se considera que la presente actividad no supone riesgos laborales adicionales a los ya evaluados en el proyecto de investigación al que se adhiere. No obstante, es responsabilidad del tutor/a informar y/o formar al estudiante de los posibles riesgos laborales de la presente actividad.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Depresión y problemas de autoestima en niños en función de su índice de masa corporal**, ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se **autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

RESUMEN

TÍTULO: Depresión y problemas de autoestima en niños en función del índice de masa corporal.

INTRODUCCIÓN: La obesidad es una patología cada vez más prevalente en pediatría. Recientemente se está demostrando que la obesidad no sólo se relaciona con comorbilidades orgánicas, sino que también se asocia a enfermedades psicológicas como depresión, problemas de autoestima o distorsión de la imagen corporal. Son patologías que en ocasiones pasan desapercibidas, pero que suponen una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará un estudio observacional descriptivo transversal, donde se compararán los niños con sobrepeso u obesidad y los niños con normopeso, que actuarán como grupo de control. Se llevará a cabo en una población de 60 niños, de entre 7 y 14 años que acude a Urgencias de Pediatría. Se pretende determinar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y el riesgo de padecer ciertas patologías psicológicas como depresión o problemas de autoestima en la infancia.

RESULTADOS: Se realiza el estudio en 60 pacientes, de los cuales 35 (58%) se encuentran en el grupo de normopeso y 25 (42%) en el grupo sobrepeso/obesidad. En la escala CDI, se registró depresión en dos pacientes (5%) del grupo con normopeso frente a 11 pacientes (44%) en el grupo con sobrepeso/obesidad obteniendo una odds ratio (OR) 12,96 (IC 2,53-66,2). En la escala Rosenberg, se detectaron problemas de autoestima en 22 pacientes (63%) con normopeso frente a otros 22 pacientes (88%) en el otro grupo con una OR 4,33 (IC 1,08 – 17,35). La imagen corporal, aparecía distorsionada en 17 pacientes (48%) con normopeso frente a 22 pacientes (88%) con sobrepeso/obesidad. Con respecto al ejercicio físico, el 95% de los pacientes con normopeso lo realizaba frente al 80% de los pacientes con sobrepeso, OR 0,24 (IC 0,043-1,36).

CONCLUSIONES: El sobrepeso y la obesidad se asocian a un aumento de riesgo de padecer depresión y problemas de autoestima en la población pediátrica de 7 a 14 años. Por otro lado, el ejercicio físico ha demostrado ser beneficioso, teniendo un efecto protector frente a la obesidad.

Palabras clave: IMC, obesidad infantil, sobrepeso, depresión, problemas de autoestima, distorsión de la imagen corporal.

ABSTRACT

TITLE: Depression and self-esteem problems in children as a function of body mass index.

INTRODUCTION: Obesity is an increasingly prevalent pathology in pediatrics. Recently it has been demonstrated that obesity is not only related to organic comorbidities but also to psychological diseases such as depression, self-esteem problems or body image distortion. These are pathologies that sometimes go unnoticed but have a significant impact on the quality of life of patients.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive, cross-sectional, observational study will be carried out comparing children with overweight or obesity and children with normal weight, who will act as a control group. It will be carried out in a population of 60 children between 7 and 14 years of age attending the pediatric emergency department. The aim is to determine the relationship between body mass index (BMI) and the risk of suffering certain psychological pathologies such as depression or self-esteem problems in childhood.

RESULTS: The study was carried out in 60 patients, of whom 35 (58%) were in the normopese group and 25 (42%) in the overweight/obese group. In the CDI scale, depression was recorded in 2 patients (5%) in the normopese group versus 11 patients (44%) in the overweight/obese group, obtaining an Odds ratio (OR) of 12.96 (CI 2.53-66.2). In the Rosenberg scale, self-esteem problems were detected in 22 patients (63%) with normal weight compared to 22 patients (88%) in the other group with OR of 4.33 (CI 1.08 - 17.35). Body image appeared distorted in 17 patients (48%) with normal weight compared to 22 patients (88%) with overweight/obesity. With respect to physical exercise, 95% of patients with normal weight did it compared to 80% of overweight patients with an OR 0.24 (CI 0.043-1.36).

CONCLUSIONS: Overweight and obesity are associated with an increased risk of depression and self-esteem problems in the pediatric population aged 7-14 years. On the other hand, physical exercise has been shown to be beneficial, having a protective effect against obesity.

Key words: BMI, childhood obesity, overweight, depression, self-esteem problems, body image distortion.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	7
2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	9
3. OBJETIVOS.....	9
4. METODOLOGÍA	9
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	9
4.2. TAMAÑO MUESTRAL	10
4.3. SUJETOS DEL ESTUDIO	10
4.5. VARIABLES DEL ESTUDIO	11
4.5.1. VARIABLES PRINCIPALES	11
4.5.2. VARIABLES SECUNDARIAS.....	13
4.6. TAMAÑO NUESTRAL.....	13
4.7. PROCEDIMIENTO.....	13
4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
5. ASPECTOS ÉTICOS	15
6. FINANCIACIÓN.....	15
7. LIMITACIONES.....	16
8. RESULTADOS	16
8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO (CARACTERÍSTICAS BASALES).....	16
8.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL OBJETIVO PRIMARIO	18
8.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA LOS OBJETIVOS SECUNDARIOS	19
8.3.1 PRIMER OBJETIVO SECUNDARIO.....	19
8.3.2 SEGUNDO OBJETIVO SECUNDARIO.....	20
8.3.3 TERCER OBJETIVO SECUNDARIO	22
9. DISCUSION.....	23
10. CONCLUSIONES	25
11. BIBLIOGRAFÍA	27
12. ANEXO: DOCUMENTACIÓN ENTREGADA A LOS PACIENTES	29

1. INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

La obesidad infantil es un importante problema de salud pública del siglo XXI¹. En 2023, en España se ha registrado un prevalencia de obesidad infantil de un 10% y de sobrepeso de 30% si diferencias entre sexos. La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y de origen multifactorial donde influyen tanto aspectos biológicos (predisposición genética, alteraciones metabólicas, etc.) como psicosociales (estilos de vida: conducta alimentaria, escasa actividad física, etc.)². Los cambios socioculturales han agravado este problema mediante la modificación de los hábitos alimentarios, tomando alimentos cada vez más calóricos y de bajo nivel nutricional, aumentando las actividades sedentarias y cambiando la estructura familiar, siendo cada vez más frecuente que ambos padres trabajen, teniendo menos tiempo para dedicar a la cocina y a la alimentación de los niños lo que deriva en aumento del consumo de comida rápida. Recientemente se está demostrado que la obesidad no sólo se relaciona con las comorbilidades orgánicas ya conocidas, como la diabetes, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la apnea del sueño,... sino que también se está estudiando su asociación con patologías psicológicas como la depresión^{3,4} los problemas de autoestima⁵, problemas de conducta alimentaria, distorsión de la imagen corporal,... que derivan en una disminución de la calidad de vida de estos niños y en ocasiones pueden terminar en intentos autolíticos o incluso fallecimiento. En la sociedad actual se le da un gran peso a la imagen corporal. Se trata de una representación mental del cuerpo en función cada persona, es como una autoimagen que representa lo que el individuo piensa de sí mismo y cómo se percibe físicamente. Desde edades tempranas, los niños empiezan a preocuparse por su imagen corporal detectándose que aquello con obesidad o sobrepeso, presentan insatisfacción o incluso cierto rechazo por su imagen corporal⁶. Este dato resulta relevante para introducir nuestro estudio ya que la insatisfacción de los niños con obesidad va a alterar su autoestima pudiendo desencadenar múltiples trastornos psicológicos como la dismorfia corporal, la depresión o los trastornos de conducta alimentaria. En esto hecho radica la importancia de valorar el nivel de autoestima y la depresión en los niños con obesidad que suelen tener una imagen corporal diferente a los estándares socialmente aceptados y podrían sentirse marginados, discriminados o incluso ser víctimas de acoso escolar.

Estudios previamente publicados detectan tasas de entorno a un 30-40% de depresión en niños con sobrepeso^{3,4} lo que nos permite hacernos una idea de la envergadura del problema que tenemos entre manos.

En el caso de los niños y niñas, sabemos que los patrones de conducta se aprenden y se interiorizan desde edades muy tempranas por lo que todos los hábitos negativos que predisponen a la obesidad, una vez aprendidos tienen alta probabilidad de permanecer incluso o incluso empeorar en la edad adulta. Como consecuencia nos encontraríamos con adultos obesos con una gran cantidad de comorbilidades asociadas e importante repercusión en su calidad de vida que además tendrían mayor dificultad para cambiar su situación al tener esas conductas perjudiciales interiorizadas desde la infancia y normalizadas. Hay datos que indican que entorno a un 80% de los casos de obesidad infantil persisten o incluso se exacerban en la edad adulta.

Por tanto podríamos decir que nos encontramos ante una enfermedad mundial, muy frecuente pero que a la vez es prevenible, lo que nos permite, mediante una actuación precoz, corregir la obesidad y evitar sus múltiples comorbilidades, mejorando la calidad de vida de los pacientes a largo plazo⁷.

1.1. RELEVANCIA CLÍNICA DEL ESTUDIO

Este estudio presenta relevancia clínica ya que nos encontramos ante un problema de salud con una prevalencia creciente en los últimos años, como es la obesidad infantojuvenil y, en caso de detectar su asociación con ciertas patologías psicológicas, que deterioran notablemente la calidad de vida de los niños, se podría actuar de forma precoz para prevenirlas. De este modo, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitaríamos que tanto la obesidad como sus comorbilidades cronifiquen y persisten o se exacerben en la edad adulta.

2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Hipótesis nula: Los pacientes de 7 a 14 años con IMC elevado (sobrepeso u obesidad) tienen el mismo riesgo de desarrollar depresión o problemas de autoestima que los pacientes de la misma edad con normopeso.

Hipótesis alternativa: Los pacientes de 7 a 14 años con IMC elevado (sobrepeso u obesidad) tienen más riesgo de desarrollar depresión o problemas de autoestima que los pacientes de la misma edad con normopeso.

3. OBJETIVOS

Primario: Determinar la relación entre el IMC y ciertas patologías psicológicas como la depresión y los problemas de autoestima en niños entre 7 y 14 años.

Secundarios:

- Detectar los factores que se asocian a depresión en los niños de 7 a 14 años y estudiar cómo influyen en la aparición de esta.
- Determinar los factores asociados a problemas de autoestima en niños de 7 a 14 años y estudiar de qué manera influyen en el desarrollo de dichos problemas.
- Analizar la relación entre la imagen corporal percibida por los pacientes y el desarrollo de depresión y problemas de autoestima.

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con dos grupos formados en función del IMC que se compararán entre ellos. El primer grupo está compuesto por los pacientes con sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25$) y el segundo grupo por pacientes con normopeso ($IMC 18,5-24,9$) que actuará como grupo control.

Se recogieron los datos mediante una encuesta entregada a cada paciente en la cual recogíamos antecedentes personales de interés, somatometría, ejercicio físico,

acoso escolar, situación familiar, escala CDI para evaluar depresión, escala de Rosenberg para evaluar problemas de autoestima y una imagen de las 7 figuras de Collins para puntuar la imagen corporal percibida por el paciente.

Se obtuvieron las puntuaciones de las escalas de depresión y autoestima y la somatometría con el IMC con el objetivo de evaluar si los pacientes con obesidad tenían más riesgo de padecer dichas patologías psicológicas.

4.2. TAMAÑO MUESTRAL

Estudios previos han mostrado que en niños de entre 8 y 12 años con sobrepeso, cerca de un 30%, presenta sintomatología depresiva (más del 50% cuando son niñas), mientras que en niños normopeso la presencia de dicha sintomatología no llega al 13%⁴. Por lo que estimamos que puede existir en torno a un 20% de diferencia de prevalencia entre ambos grupos (sobrepeso/obesidad y normopeso). De este modo, considerando un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, suponiendo que la proporción de niños con sintomatología depresiva en el grupo con sobrepeso será mayor que en la del grupo normopeso, se necesita que cada grupo tenga una n de 26 niños para poder obtener una adecuada significancia estadística, necesitando por tanto 52 niños para completar el estudio.

4.3. SUJETOS DEL ESTUDIO

Población. Pacientes de entre 7 y 14 años atendidos en Urgencias de Pediatría, a los que se pueda realizar una somatometría (peso, talla e IMC) y que no presenten antecedentes personales de patologías psiquiátricas ni enfermedades crónicas que repercutan en su calidad de vida.

Criterios inclusión:

- Edad comprendida entre los 7 y los 14 años.
- Atendidos en Urgencias de pediatría del Hospital General de Elche.
- Ausencia de patología de base que repercuta en su calidad de vida.

- IMC \geq 18,5
- Aceptación del consentimiento informado.

Criterios exclusión:

- Diagnosticado de alguna patología psicológica/psiquiátrica previamente.
- Enfermedad de base que repercuta en su calidad de vida o en su situación emocional (por ejemplo situación terminal, discapacidad, dolor crónico,...)
- IMC < 18,5 que indicaría bajo peso.
- Haber rechazado el consentimiento informado.

4.4. PLAN DE TRABAJO

La investigadora principal M^a Ángeles Piedecausa Valero se ha encargado de dirigir el proyecto de investigación, ha realizado la selección de los pacientes, el diseño de la base de datos, introducción de datos en la base y depuración de la misma, análisis de datos y extracción de las conclusiones.

El estudio se ha realizado en 9 meses. El 1º mes ha sido destinado a la elaboración del protocolo del proyecto y hoja de recogida de datos. En los meses 2 y 3 se pasó el comité de ética que aprobó el estudio. Durante los meses 4, 5 y 6 se han recogido los datos de los pacientes. En los meses 7 y 8 mes se realizó al análisis estadístico de los datos y en el 9º mes se han extraído las conclusiones y se ha procedido a la redacción.

4.5. VARIABLES DEL ESTUDIO

4.5.1. VARIABLES PRINCIPALES

Las variables principales fueron las siguientes:

- **IMC:** calculado por el investigador principal a partir del peso y talla medidos en urgencias de pediatría. Se calculó con la siguiente fórmula: peso(Kg)/altura(m)². Se clasificaron como normopeso a los pacientes con un IMC entre 18,5 y 24,9, como

sobrepeso a los que tenían un IMC entre 25 y 29,9 y como obesidad a todos los que tenían $IMC \geq 30$. En este estudio se decidió agrupar a los pacientes con sobrepeso y obesidad en un mismo grupo con $IMC \geq 25$.

- **Puntuación en la escala CDI:** el CDI (Children's Depression Inventory) es una escala validada para evaluar la presencia y la gravedad de los síntomas depresivos en niños y adolescentes, desde los 7 a los 17 años. Está compuesta por 27 ítems que abordan aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales relacionados con la depresión. Para cada pregunta, el paciente deberá otorgar una puntuación de 0 a 2 siendo el 0 la ausencia de síntoma y el 2 cuando el síntoma es muy frecuente. Esta escala se entregará de forma individual a cada paciente que la rellenará de forma privada pudiendo contar con la ayuda del profesional sanitario para entender las preguntas si así lo desea. El tiempo de realización oscila entre los 15 y 25 minutos.

Mediante esta prueba se puede evaluar el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés, cambios en el apetito, dificultades para dormir, falta de energía, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse e ideas de suicidio. La puntuación total oscila entre 0 y 54. El punto de corte para depresión es 19, es decir que una puntuación superior a ese valor, estaría indicando presencia de sintomatología depresiva.

- **Puntuación en la escala de Rosenberg:** se trata de una prueba sencilla y rápida para detectar problemas de autoestima. Consta de 10 ítems que miden el grado de satisfacción con uno mismo. La mitad de ellos están elaborados de forma positiva mientras que la otra mitad representan opiniones negativas. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, marcando 0 cuando están muy en desacuerdo con la afirmación y el 3 cuando están totalmente de acuerdo. Los ítems 1, 2, 4, 6 y 7 son las afirmaciones positivas y se puntúan de 0 a 3 mientras que los ítems 3, 5, 8, 9 y 10 son afirmaciones negativas y se puntúan en sentido inverso (de 3 a 0). La puntuación oscila entre 0 y 30, clasificándose como baja autoestima una puntuación < 15 , autoestima normal entre 15 y 25 puntos y muy buena autoestima > 30 .

- **Puntuación en las siete figuras de Collins:** Se trata de una escala visual que ayuda a detectar problemas con la imagen corporal. En esta escala aparecen 7 siluetas femeninas para las niñas y masculinas para los niños, ordenadas de menor a mayor peso. Se clasifican como: infrapeso (1), bajo peso moderado (2), bajo peso ligero (3), normopeso (4), sobrepeso ligero (5), sobrepeso moderado (6), y obesidad (7). Pedimos a los pacientes que marcaran por un lado la figura que representa como se ven ellos

mismos y por otro lado a la que les gustaría parecerse, la que consideran ideal.

4.5.2. VARIABLES SECUNDARIAS

Como variables secundarias se recogieron la edad, el sexo, la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos, la situación socio-familiar (grupo de amigos, padres separados, hermanos,...), si sufren o han sufrido acoso escolar y la cantidad de ejercicio físico realizado (nº de días a la semana).

4.6. TAMAÑO NUESTRAL

Estudios previos, han mostrado que en niños de entre 8 y 12 años, casi un 30% de los que tienen sobrepeso muestra sintomatología depresiva (más del 50% cuando son niñas), mientras que en niños normopeso, esta no llega al 13%⁴. Por lo que estimamos que puede existir en torno a un 20% de diferencia de prevalencia entre ambos grupos. Así que considerando un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, considerando que la proporción de niños con sintomatología depresiva en el grupo con sobrepeso será mayor que en la del grupo normopeso, se necesita que cada grupo tenga una n de 26 niños para poder obtener una adecuada significancia estadística, necesitando por tanto 52 niños para completar el estudio.

4.7. PROCEDIMIENTO

Se entregará a cada paciente del estudio un documento compuesto por varias hojas que se encuentran adjuntas en el anexo. La primera de ellas es un formulario donde se registrarán variables secundarias del estudio como peso, talla, sexo, acoso escolar, situación familiar, grupo de amigos, ejercicio físico,... Por un lado, en la segunda hoja aparecerá la escala CDI que deberán rellenar de forma individual, pudiendo preguntar cualquier duda al profesional sanitario (investigador principal) que entregó la encuesta. Por otro lado tendrán la escala de Rosenberg y las 7 figuras de Collins que deberán rellenar en función de la imagen corporal percibida y la deseada. Finalmente, en la última hoja estará el consentimiento informado adaptado para la población pediátrica

que deberá ser aceptado por el profesional sanitario y el paciente y una hoja explicativa del estudio. Los pacientes rellenarán la encuesta durante su estancia en urgencias y posteriormente la entregarán en mano al profesional sanitario (investigador principal) en el momento del alta.

Los resultados obtenidos se registrarán en una hoja de recogida de datos tipo Excel codificado con un número de identificación de forma que se preserve el anonimato del paciente y de la información aportada.

4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. Las variables cuantitativas se categorizan (en cualitativas dicotómicas) del siguiente modo:

- Para el IMC se clasificó en obesidad (si/no) en función de si era <25 o ≥ 25 .
- Para la puntuación en la escala CDI se clasificó en depresión si era >19 y no depresión si era inferior.
- Para la escala de Rosenberg se actuó de la misma manera clasificando como problemas de autoestima si era <25 y como ausencia de problemas de autoestima si era superior a ese valor.

Con respecto a las figuras de Collins se calculó la diferencia entre la figura que tenía realmente el paciente (determinada por el investigador) y la que el percibió que tenía. Si la diferencia era positiva, el paciente se veía más delgado de lo que estaba, si era negativa se veía más obeso y si era igual a 0 se veía exactamente igual que estaba. Se clasificaron en función de si presentaban o no distorsión de la imagen corporal.

De esta forma todas nuestras variables eran cualitativas dicotómicas.

Para el análisis estadístico se crearon dos grupos en función del IMC, uno de ellos formado por los pacientes con sobrepeso y obesidad y el otro por lo que presentaban normopeso. Para describir los datos demográficos de ambos grupos se elaboraron tablas de contingencia donde los datos se expresaban en frecuencias absolutas (n total y porcentaje de la muestra).

En el análisis estadístico, las diferencias entre grupos se analizaron mediante la prueba estadística Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Así mismo se calculó la Odds Ratio (OR) para conocer cuanto mayor riesgo presentan los niños con

sobrepeso/obesidad de padecer síntomas depresivos o problemas de autoestima respecto a los pacientes con normopeso. La significación estadística viene definida por una $p < 0.05$.

5. ASPECTOS ÉTICOS

El CEIm emitió un informe favorable para la realización del estudio. Se entregó a todos los participantes el consentimiento informado expuesto en anexos. Debieron firmarlo tanto paciente como un representante legal (padre/tutor). Código de investigación responsable (COIR): TFM.MMC.FJGDD.MAPV.231229. Los datos recogidos han sido tratados con las medidas establecidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El titular del fichero de datos tuvo como nombre “Estudio patología psicológica en función del IMC”.

El estudio se ha elaborado en base los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina y atendiendo a los requisitos establecidos en la legislación española (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica). El equipo investigador señala la ausencia de conflicto de intereses. La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Se trata de un estudio que no supone ningún riesgo añadido a los pacientes, y podría aportar un beneficio en cuanto a conocer si los pacientes con sobrepeso u obesidad tienen más riesgo de padecer depresión y problemas de autoestima y así poder actuar de forma precoz. No ocasionó interferencia alguna con la atención médica en urgencias, pues el formulario fue rellenado mientras esperaban resultados de pruebas complementarias o recibían tratamientos.

6. FINANCIACIÓN

Se trata de un estudio sin costes, no precisamos de financiación.

7. LIMITACIONES

Las principales limitaciones de nuestro han sido las siguientes:

En primer lugar, la utilización de escalas subjetivas implica una gran variabilidad entre pacientes con respecto a la percepción de enfermedad o incluso a la interpretación de las preguntas. Además el hecho de rellenar la encuesta bajo la supervisión de un tutor puede hacer que se cohiban y no contesten con total sinceridad. Por otro lado, el escaso tamaño muestral, dificulta la obtención de resultados estadísticamente significativos. Por último al realizar el estudio en un único centro, se selecciona una población más homogénea, quedando gran parte de esta sin representar, lo que limita la validez externa y por tanto la generalización de los resultados. Sería interesante realizar un estudio multicéntrico que nos permitiera aumentar el tamaño muestral y haber tenido una población más heterogénea lo que aumentaría al mismo tiempo la validez externa.

8. RESULTADOS

8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO (CARACTERÍSTICAS BASALES)

En la tabla 1 se muestran las características basales de la población del estudio. Se realiza el estudio en una muestra de 60 pacientes, de los cuales 35 (58%) forman parte del grupo normopeso y 25 (42%) del grupo sobrepeso/obesidad. La muestra estaba formada por un 52 % de hombres y un 48% de mujeres. Si se estudia el sexo en ambos grupos se puede observar que en el grupo de normopeso predominan las mujeres con un 57% mientras que en el grupo de sobrepeso/obesidad lo hacen los hombres con un 64%. Al realizar la escala CDI, se registró depresión en 2 pacientes (5%) del grupo con normopeso frente a 11 pacientes (44%) del grupo con sobrepeso/obesidad. Por otro lado, en la escala de Rosenberg, se detectaron problemas de autoestima en 22 pacientes (63%) del grupo normopeso frente a otros 22 pacientes (88%) en el otro grupo. La imagen corporal, aparecía distorsionada en 17 pacientes (48%) con normopeso frente a 22 pacientes (88%) con sobrepeso/obesidad. Con respecto al ejercicio físico, el 95% de los pacientes con normopeso lo realizaba frente al 80% de los pacientes con sobrepeso/obesidad. Por último, estudiando el acoso escolar podemos objetivar que el

60% de los pacientes con sobrepeso/obesidad lo sufren frente a un 32% en el otro grupo.

De forma descriptiva, se podría decir que en el grupo de sobrepeso/obesidad predomina el sexo masculino, los pacientes son más propensos a padecer depresión y problemas de autoestima, realizan menos ejercicio físico y sufrir acoso escolar con más frecuencia.

	Normopeso (IMC 18,5-24,9) n=35(58%)	Sobrepeso/ obesidad (IMC ≥25) n=25(42%)	Total de la población a estudio	P valor
Sexo n (%)				
Hombre	15 (43%)	16 (64%)	31 (52%)	0,106
Mujer	20 (57%)	9 (36%)	29 (48%)	
Edad n (%)				
7-11 años	20 (57%)	9 (36%)	29 (48%)	0,106
12-14 años	15 (43%)	16 (64%)	31 (52%)	
Resultado CDI n (%)				<0,001
No depresión	33 (95%)	14 (56%)	47 (78%)	
Si depresión	2 (5%)	11 (44%)	13 (22%)	
Resultado Rosenberg n (%)				
Autoestima normal	13 (37%)	3 (12%)	16 (27%)	0,040
Problema autoestima	22 (63%)	22 (88%)	44 (73%)	
Imagen corporal percibida n (%)				
Correcta	18 (52%)	3 (12%)	21 (35%)	0,002
Distorsionada	17 (48%)	22 (88%)	39 (65%)	
Ejercicio físico n (%)				
No	2 (5%)	5 (20%)	7 (12%)	0,117
	33 (95%)	20 (80%)	53 (88%)	

Si				
Acoso escolar				
n (%)	24 (68%)	10 (40%)	34 (57%)	0,036
No	11 (32%)	15 (60%)	26 (43%)	
Sí				

Tabla 1. Tabla descriptiva de la población a estudio.

8.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL OBJETIVO PRIMARIO

Como se ha mencionado previamente, mediante la escala CDI, se registró depresión en 2 pacientes (5%) del grupo con normopeso frente a 11 pacientes (44%) en el grupo con sobrepeso/obesidad. Se calculó la Odds ratio obteniendo un resultado de 12,96 (IC 2,53-66,2). Este resultado muestra, de forma estadísticamente significativa, que los pacientes con sobrepeso/obesidad tienen casi 13 veces más de riesgo de desarrollar depresión que los pacientes con normopeso.

Por otro lado, con la escala de Rosenberg, se detectaron problemas de autoestima en un 63% de los pacientes con normopeso frente a un 88% en los pacientes del otro grupo obteniendo una OR de 4,33 (IC 1,08 – 17,35). Con este resultado se puede concluir que de forma estadísticamente significativa, los pacientes con sobrepeso/obesidad tienen 4,3 veces más riesgo de padecer problemas de autoestima que los pacientes con normopeso.

Por último destacar que analizando el ejercicio físico, se obtuvo una OR de 0,24 (IC 0,043-1,36) que muestra que de forma estadísticamente significativa, los pacientes que realizan ejercicio físico tienen 76% menos riesgo de tener obesidad.

Mediante este análisis se puede concluir que de forma estadísticamente significativa, los pacientes con sobrepeso u obesidad tienen más riesgo de padecer depresión o problemas de autoestima que los pacientes con normopeso.

8.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA LOS OBJETIVOS SECUNDARIOS

8.3.1 PRIMER OBJETIVO SECUNDARIO

El primero de estos objetivos es detectar los factores que se asocian a depresión en los niños de 7 a 14 años y estudiar cómo influyen en el desarrollo de esta. Para ello, se realizó un modelo de regresión logística multivariante. Se analizó el ejercicio físico, la distorsión de la imagen corporal, el IMC, el acoso escolar, el sexo y la edad, obteniendo resultados estadísticamente significativos únicamente con el IMC y el acoso escolar (Tabla 2).

		OR (IC 95%)	P valor
IMC	18,5-24,9	Referencia	
	>=25	10,79 (1,78- 65,32)	0,010
Acoso escolar	NO	Referencia	
	SI	24,17 (2,60-224,14)	0,005

Tabla 2. Factores asociados a depresión determinados por regresión logística binaria multivariante.

Cuando se analiza de forma aislada la depresión en función del IMC se obtiene una OR de 12 que muestra que los niños con $IMC \geq 25$ tienen 12 veces más riesgo de padecer depresión que los que tienen $IMC < 25$. Sin embargo al realizar la regresión logística y ajustarlo por acoso escolar, se observa que la OR pasa de 12 a 10,79 (p 0,010) lo que nos muestra que el acoso escolar actúa como factor de confusión. Por otro lado, al analizar depresión en función del acoso escolar obtenemos una OR 24,17 (p 0,005). Este resultado muestra que los niños que sufren acoso escolar, tienen 24 veces más riesgo de padecer depresión que los que no lo sufren. De este modo podemos concluir que el acoso escolar es por sí mismo un factor de riesgo para depresión y además actúa como factor de confusión en el análisis de depresión en función del IMC.

Como se ha comentado previamente, al analizar la depresión en función del IMC excluyendo el factor de confusión “acoso escolar”, se objetiva como la OR disminuye pasando de 12 a 10,79 (p 0,010). Este valor, a pesar de ser menor al previo, sigue demostrando que el IMC es un factor de riesgo para padecer depresión. Concretamente se podría decir que de forma estadísticamente significativa, los niños con $IMC \geq 25$ (sobrepeso/obesidad) tienen 10 veces más riesgo de padecer depresión que los niños con normopeso, ajustado por acoso escolar.

8.3.2 SEGUNDO OBJETIVO SECUNDARIO

El segundo objetivo consiste en determinar los factores asociados a problemas de autoestima y estudiar de qué manera influyen en su desarrollo. Para ello, se realizó del mismo modo un modelo de regresión logística multivariante. Se analizó el ejercicio físico, la distorsión de la imagen corporal, el IMC, el acoso escolar, el sexo y la edad, obteniendo resultados estadísticamente significativos únicamente con el ejercicio físico y el acoso escolar (Tabla 3).

		OR (IC 95%)	P valor
Ejercicio físico	NO	Referencia	
	SI	0,184 (0,04-0,75)	0,019
Acoso escolar	NO	Referencia	
	SI	12,16 (2,13- 69,23)	0,005

Tabla 3. Factores asociados a problemas de autoestima determinados por regresión logística binaria multivariante.

Al analizar los problemas de autoestima en función del acoso escolar, se obtuvo una OR 12,16 (0,005). Este resultado muestra que los niños que lo sufren, tienen 12 veces más riesgo de padecer problemas de autoestima que los que no sufren y por tanto es un factor de riesgo.

Por otro lado, dichos problemas de autoestima en función del ejercicio físico realizado, se obtiene una OR de 0,18 (p 0,019). Este resultado muestra de forma estadísticamente significativa, que la realización de ejercicio físico actúa como factor protector para el desarrollo de problemas de autoestima. Según los datos de este análisis, los pacientes que realizan ejercicio, tienen 82% menos de riesgo de padecer dichos problemas que los que no lo realizan.

8.3.3 TERCER OBJETIVO SECUNDARIO

El último objetivo secundario consiste en analizar la relación entre la imagen corporal percibida por los pacientes y el desarrollo de depresión y problemas de autoestima. Con respecto a la imagen corporal percibida, se utilizará la variable recodificada con la diferencia de imagen calculada. De esta forma tendremos los que se ven más obesos de lo que realmente están (sí que presentan distorsión de la imagen corporal) y los que se ven igual que están (no la presentan). Se analiza el desarrollo de depresión y problemas de autoestima en función de la distorsión de la imagen corporal (Tabla 4).

		Distorsión de la imagen corporal	Imagen no distorsionada	OR (Odds Ratio)	P valor
Depresión n (%)	NO	27 (57,4%)	20 (42,6%)	Referencia	
	SI	12 (92,3)	1 (7,7%)	8,89 (1,07-74,08)	0,023
Problemas de autoestima n (%)	NO	8 (50%)	8 (50%)	Referencia	
	SI	31 (70,5%)	13 (29,5%)	2,385 (0,74-7,72)	0,142

Tabla 4. Desarrollo de depresión o problemas de autoestima en función de la distorsión de la imagen corporal.

Con respecto a la depresión se obtiene una OR de 8,89 [1,07-74,08] y p 0,023 que muestra de forma significativa que el tener una imagen corporal distorsionada, en este

caso negativa, ya que se ven peor de lo que realmente están, es un factor de riesgo para padecer depresión. En concreto, se podría decir que los pacientes que se ven más obesos, tienen 8,89 veces más riesgo de desarrollar depresión que los que se ven como realmente están.

Por otro lado, analizando los problemas de autoestima no se obtuvieron resultados significados.

9. DISCUSION

La obesidad y el sobrepeso infantil constituyen un importante problema de salud pública en España. Nuestros resultados señalan que el 42% de los pacientes estudiados, presentan sobrepeso u obesidad con un $IMC \geq 25$. Estudios como el de González-Toche J⁴ et al o el de Becerra et al³, encuentran prevalencias de obesidad similares a la de nuestro estudio con resultados que oscilan entre un 33 y un 45%. Este resultado muestra la envergadura del problema al que nos enfrentamos, una enfermedad crónica que cada vez es más frecuente. Con respecto a sexo y obesidad, en nuestro estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas aunque sí que es posible objetivar una tendencia a ser más frecuente en el género masculino (64% de pacientes con sobrepeso/obesidad frente a 36% en el género femenino).

Recientemente se postula la asociación entre obesidad infantil y patologías psicológicas como la depresión^{3,4} y los problemas de autoestima³. Nuestros resultados señalan de forma estadísticamente significativa que el 44% ($p < 0,001$) de los pacientes con sobrepeso/obesidad padecen depresión y el 88% ($p = 0,04$) padecen problemas de autoestima. Obtenemos una Odds ratio de 12,96 (IC 2,53-66,2) para depresión y de 4,33 (IC 1,08 – 17,35) para problemas de autoestima lo que muestra que los pacientes con obesidad tienen 13 veces más riesgo de padecer depresión y 4,3 veces más de padecer problemas de autoestima que los pacientes con normopeso. Este resultado permite confirmar la hipótesis alternativa que confirma que la obesidad y el sobrepeso aumentan el riesgo de padecer dichas patologías. Numerosos estudios como el de Ortega Miranda y Edali Gloria³, el de González-Toche et al⁴ o el de Becerra⁵ también encuentran relación entre obesidad y depresión o problemas de autoestima en la población

pediátrica. Sin embargo, a diferencia de dichos estudios que detectan un predominio de depresión en las mujeres obesas, en nuestro estudio no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre sexos, apareciendo depresión en un 20,7% de mujeres obesas frente a un 22,6% de hombres.

Con respecto a los problemas de autoestima, coincidiendo con lo encontrado en el estudio de Becerra³, aparece una tendencia a ser más frecuentes en mujeres con obesidad que en hombres (76% frente a 71%) aunque en nuestro caso no ha sido estadísticamente significativo.

La imagen corporal es otro aspecto que se sospecha que puede alterarse en paciente con obesidad. En nuestro estudio encontramos que el 88% de los pacientes con sobrepeso/obesidad presentan distorsión de la imagen corporal (se ven más obesos de lo que realmente están) frente a un 48% de los pacientes con normopeso. Este resultado coincide con el reflejado en el estudio de Pallares y Baile⁶ y en el de Sánchez y Ruiz² donde la distorsión de la imagen corporal también es más frecuente en los pacientes con obesidad/sobrepeso. Al encontrar este resultado, decidimos analizar la depresión y los problemas de autoestima en función de la imagen corporal percibida (igual o más obeso) y se encontró que el 92% de los paciente que se veían más obesos asociaban depresión con una Odds ratio de 5,4 (p 0,023) por lo que el verse más obeso aumenta 5,4 veces el riesgo de padecer depresión. Otro dato importante a destacar es que en nuestro estudio todos los pacientes se vieron igual o más obesos de lo que estaban pero ningún paciente seleccionó una figura más delgada. Este dato contrasta con lo reflejado en la literatura donde la mayor parte de los pacientes obesos seleccionaban figuras más delgadas. Este se plasma por ejemplo en el estudio de Sánchez y Ruiz² donde el 94% de los pacientes obesos seleccionaron figuras con normopeso o en el estudio de García y Ortega⁸ que ocurrió en el 69% de los pacientes obesos. Otro dato importante detectado en el estudio de Nuño et al⁹ es que un gran porcentaje de las madres de pacientes con sobrepeso u obesidad también seleccionan una figura más delgada de la que tiene realmente el hijo por lo que no son realmente conscientes del problema de peso que padecen los niños. En nuestro estudio se intentó que los padres marcaran la figura percibida pero la mayoría de ellos no lo completaron por lo que no conseguimos suficientes datos para analizar. Al igual que hemos mencionado que el verse más obeso puede tener repercusiones, la subestimación de la imagen corporal (verse más delgados de lo que están) también puede tener consecuencias negativas ya que enmascara la

percepción del problema, actuando como mecanismo de negación, y dificulta el abordaje y tratamiento de la obesidad, que de por sí requiere gran fuerza de voluntad e interés por parte del paciente.

Respecto al acoso escolar, nuestros resultados muestran que es significativamente más frecuente en paciente con sobrepeso/obesidad que en los que tienen normopeso apareciendo en un 60% frente a un 32% (p 0,036). Durante el estudio se planteó que además de estar relacionado con la obesidad, el acoso escolar también podía ser un factor de riesgo de depresión y al estar relacionado con ambas variables, podría estar interfiriendo en la relación IMC y depresión. Por este motivo, se realizó un análisis multivariante por regresión logística que confirmó que el acoso escolar estaba actuando como factor de confusión modificando la relación entre el IMC y depresión pasando de una OR de 12 a 10,8 (p 0,010) ajustada por acoso escolar. Además, nuestro estudio muestra que los niños que sufren acoso escolar tienen 24 veces más riesgo de padecer depresión (OR 24,2 p 0,005).

Dejando a un lado las comorbilidades o los factores de riesgo asociados a la obesidad, es importante mencionar factores protectores como por ejemplo el ejercicio físico. En nuestro estudio se registró que el 95% de los pacientes con normopeso lo practicaban frente a un 80% de los pacientes con sobrepeso/obesidad aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p 0,117). Este dato difiere de lo descrito en el estudio de García y Ortega⁸ donde tan solo un 23% de los pacientes obesos realizan ejercicio. Por otro lado, en el análisis estadístico de nuestro estudio se obtuvo una OR de 0,24 (IC 0,043-1,36) que muestra de forma estadísticamente significativa que el ejercicio físico actúa como factor protector disminuyendo el riesgo de obesidad y sobrepeso.

10. CONCLUSIONES

- La obesidad es una patología cada vez más frecuente en nuestro medio.
- Tanto la obesidad como el sobrepeso se asocian a un aumento del riesgo de padecer depresión y problemas de autoestima en la población pediátrica de 7 a 14 años.
- El IMC elevado, la distorsión negativa de la imagen corporal y el acoso escolar aumentan el riesgo de depresión.
- El IMC elevado y el acoso escolar son factores de riesgo para desarrollar problemas de autoestima.

- No existen diferencias significativas en cuanto al sexo y la obesidad.

- El ejercicio físico es un factor protector para el sobrepeso y la obesidad, pero también para el desarrollo de depresión y problemas de autoestima.

- Los pacientes con sobrepeso u obesidad tienen por tanto más riesgo de depresión, problemas de autoestima, acoso escolar y distorsión negativa de la imagen corporal lo que confirma que la obesidad se asocia a numerosas comorbilidades psicológicas.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ceballos-Macías MJ, Negrón-Juárez RP, Flores-Real JA, Vargas Sánchez J, Ortega-Gutiérrez G, Madriz-Prado R, et al. Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Rev Sanid Milit Mex.* 2018;72:332-338.
- 2) Sánchez Arenas Jaime, Javier Ruiz Martínez, Ana Olivia. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios [Internet].* 2015; 6(1): 38-44.
Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200715232015000100038&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006> .
- 3) Ortega Miranda Edali Gloria. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Rev Med Hered [Internet].* 2018;29(2):111-115. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2018000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>.
- 4) González-Toche J., Gómez-García A., Gómez-Alonso C., Álvarez Paredes M. A., Álvarez-Aguilar C. Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia. *Atención Familiar.* 2017; 24(1): 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.12.001>
- 5) M.A. Ortega Becerra M.A, Muros J.J, Palomares Cuadros J, Martín Sánchez J.A, Cepero González M. Influencia del índice de masa corporal en la autoestima de niños y niñas de 12-14 años. *Anales de Pediatría.* 2015; 83(5):311-317.
- 6) Pallares J, Baile J. Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia Avances de la disciplina.* 2012; 6(2):13-21.
- 7) Alba-Martín R. Evidencia científica sobre intervenciones preventivas en obesidad infantil. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017;46(1):36-43. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003474501630004X>.
- 8) García Rodríguez Keytel, Ortega Bravo Alina Julia. Programa de intervención psicológica para el manejo de la obesidad infantil. *Rev Hum Med [Internet].* 2022. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202022000300615&lng=es.

- 9) Nuño M, Hevia M, Bustos C, Florenzano R, Fritsch R. Distorsión de la imagen corporal en madres hacia sus hijos con sobrepeso u obesidad. Rev chilena de nutrición. 2017; 44(1): 28-32. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000100004

- 10) Peñate W, Bello R, García A, Rovella A, Pino-Sedeño T. Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. Anales de Psicología [Internet].2014;30(1):143-149. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100015&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.185311>.

- 11) Gutiérrez González E, García Solano M, Pastor Barriuso R, Fernández de Larrea N, Rollán Gordo A, Peñalver Argüeso B et al. A nation-wide analysis of socioeconomic and geographical disparities in the prevalence of obesity and excess weight in children and adolescents in Spain. *Pediatric Obesity*.2023; 19 (1). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijpo.13085ç>

DOCUMENTO Nº 3: ESCALA CDI

CDI



Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente.

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 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 en cuando.

11

- Las cosas me preocupan siempre.
- Las cosas me preocupan muchas veces.
- Las cosas me preocupan de vez 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 o fea.

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 veces me cuesta dormirme.
- Duermo muy bien.

17

- Estoy cansado de vez 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.

**No te detengas,
continúa en la
página siguiente.**



Autora: Maria Kovacs - Copyright © 1992 by Multi-Health Systems, Toronto, Canadá.
Adaptadores de la edición española: M^o V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Impreso en España.

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 algunos 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 muy 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.

Fin de la prueba.

Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

DOCUMENTO N.4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS NIÑOS:

El investigador, M^a Ángeles Piedecausa Valero, te invita a participar en el estudio “Depresión y problemas de autoestima en niños en función de su índice de masa corporal.” que consiste en conocer el IMC de los niños y si tienen depresión o problemas de autoestima.

Tu participación en el estudio consistiría en rellenar las encuestas entregadas.

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

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a detectar que existe un problema de salud mental en relación con el IMC y tratar de prevenirlo mediante una actuación precoz.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o datos, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

No quiero participar en el estudio

Sí quiero participar en el estudio

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: _____ de _____ de ____.

DOCUMENTO N.5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS

PADRES/TUTORES:

Esta ficha de consentimiento está dirigida a los pacientes que van a participar voluntariamente en el estudio “Depresión y problemas de autoestima en niños en función de su índice de masa corporal “. La presente investigación es conducida por M^o Angeles Piedecausa del HGU de Elche. El objetivo principal de este estudio es determinar si los niños entre 7 y 14 años con sobrepeso tienen más riesgo de padecer depresión o problemas de autoestima que los niños de la misma edad con normopeso.

La información que se recoja relativa al IMC, escala de depresión y de autoestima y variables sociales, serán la estrictamente necesaria para la finalidad indicada en el objeto del estudio y será tratada de acuerdo con el Reglamento General (UE) 2016/679, de protección de datos y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Esta información no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación ni _____ cedida a terceros.

Los resultados generales de este estudio pueden ser solicitados por los participantes cuando éste haya concluido.

Con base en lo anteriormente expuesto:

1. Confirmando que he leído y entendido la información para el proyecto/investigación. He tenido la oportunidad de considerar la información, hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias.
2. Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de retirarme en cualquier momento sin dar ninguna razón, sin que ningún tipo de atención odontológica o derechos legales sean afectados.
3. Entiendo que los datos relevantes recopilados durante el proyecto/investigación pueden ser utilizados por los investigadores de este estudio de cara a la investigación y posteriores publicaciones.

Por todo ello consiento expresamente el tratamiento de los datos personales para las finalidades indicadas.

En Elche a _____ / _____ / 23

*Nombre de la madre:

* Nombre del padre:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

No acepto que mi hijo/a participe en el estudio:

*Nombre de la madre:

* Nombre del padre:

Firma:

Firma:

En Elche a _____ / _____ / 23