

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio para el poder popular para la Salud
Universidad de los Andes
Hospital Central de San Cristóbal
Post grado de Puericultura y Pediatría

IDENTIFICAR DEPRESIÓN NO DIAGNOSTICADA EN
PACIENTES DE 7-11 AÑOS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA
DEL HOSPITAL CENTRAL, MARZO-JUNIO 2018

www.bdigital.ula.ve

Autor: María Belinda Ascencio de Maita
Tutor Metodológico: Dra. Carolina Madriz
Asesor Científico: Dr. Marcos Labrador

San Cristóbal 2018

IDENTIFICAR DEPRESIÓN NO DIAGNOSTICADA EN
PACIENTES DE 7-11 AÑOS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA
DEL HOSPITAL CENTRAL, MARZO-JUNIO 2018

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO
EL MEDICO CIRUJANO MARIA BELINDA
ASCENCIO DE MAITA C.I. 17930949, ANTE EL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO
CREDENCIAL DE MERITO PARA LA
OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA
EN PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Autor: Dr. Maria Belinda Ascencio de Maita

Medico cirujano, Residente de tercer año del postgrado de Puericultura y Pediatría

Tutor: Dra. Carolina Madriz

Médico Cirujano, Licenciada en Educación, Magister en Medicina Familiar, Magister en Salud Pública, Docente del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Los Andes

www.bdigital.ula.ve

Asesor Científico: Dr. Marco Labrador

Medico Pediatra. Especialista en Gestión de Políticas de Recursos Humanos para la Salud. Docente jubilado de la Escuela de Medicina de la Universidad de los Andes. Profesor de Metodología de la Investigación del Postgrado de Puericultura y Pediatría, Hospital Central de San Cristóbal

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	5
Introducción.....	7
Formulación y delimitación del problema.....	7
Justificación e importancia.....	10
Antecedentes.....	11
Marco teórico.....	15
Depresión en la edad pediátrica.....	15
Fisiopatología de la depresión.....	17
Factores de riesgo de depresión.....	21
Clasificación y criterios de depresión.....	25
Diagnóstico de depresión en pediatría.....	27
Hipótesis de trabajo.....	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos.....	29
Materiales y Métodos.....	30
Tipo y diseño de investigación.....	30
Población y muestra.....	30
Criterios de inclusión y exclusión.....	31
Procedimiento, recolección y procesamiento de datos.....	31
Variables.....	34
Análisis estadístico.....	35
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Referencias.....	46
Anexo: Instrumentos de recolección de datos.....	49

Ficha epidemiológica.....	50
Cuestionario CDI.....	51

www.bdigital.ula.ve

Resumen

La Depresión Infantil es un diagnóstico poco expuestos en las áreas de salud social, bien sea porque se desconoce la misma o porque sencillamente se trata como un tema poco relevante y por lo tanto se subestima su impacto en el paciente pediátrico, sin tomar en cuenta las repercusiones que tendrá en la formación de su personalidad y en el futuro hombre y mujer que integrara en nuestra sociedad. En las áreas de hospitalización del Hospital Central de San Cristóbal, al ser centro de referencia todos los paciente pediátricos del estado Táchira se realiza un estudio con la finalidad de exponer la depresión no diagnosticada en pacientes de 7 a 11 años, al sospechar de los mismos posterior a la realización del Cuestionario de Depresión Infantil en el periodo de Marzo-Junio 2018, realizándose un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se tomó una muestra de 79 pacientes escolares de un total de 375, el 72,2% se encontraban hospitalizados en el área de Pediatría Quirúrgica, la edad más frecuente esta representada por un 24,1% por pacientes de 10 años, el sexo predominante es masculino por un 57%, en cuanto al lugar de procedencia el 62% pertenece al área urbana, en cuanto a la Escala de Graffar la mayor incidencia es Estrato III con un 38%, y le porcentaje mayor según el nivel de síntomas está dado por pacientes sin depresión en un 64,6%.

Palabras clave: Depresión infantil, ausencia materna, enfermedad, relación paterna.

Abstract

The Children's Depression is a diagnosis little exposed in the social health areas, either because it is unknown or because it is simply treated as a little relevant issue and therefore its impact on the pediatric patient is underestimated, without taking into account the repercussions that it will have on the formation of his personality and on the future man and woman that he will integrate into our society. In the hospitalization areas of the Central Hospital of San Cristóbal, as a reference center for all pediatric patients in the Táchira state, a study is carried out to expose undiagnosed depression in patients aged 7 to 11 years, suspecting them. After the completion of the Child Depression Questionnaire in the period of March-June 2018, an observational, cross-sectional and descriptive study was conducted. A sample of 79 school patients was taken out of a total of 375, 72.2% were hospitalized in the area of Surgical Pediatrics, the most frequent age is represented by 24.1% for patients of 10 years, the predominant sex is male by 57%, as for the place of origin 62% belongs to the urban area, as for the Graffar Scale the highest incidence is Stratum III with 38%, and the highest percentage according to the level of symptoms is given for patients without depression in 64.6%.

Key words: Infantile depression, maternal absence, illness, paternal relationship.

INTRODUCCIÓN

Formulación y delimitación del problema

Cuando se menciona en el ámbito médico la palabra depresión, es fácil pensar en la salud mental del adulto e imaginarse un paciente con cambios en el área afectiva; pero, no es usual pensar, en primera instancia, en un paciente pediátrico con dicha patología. Sin embargo, el estado de ánimo depresivo es universal, afecta a ambos sexos, a todos los estratos socioeconómicos, y puede presentarse a cualquier edad, incluyendo la edad pediátrica.

Los seres humanos presentan una serie de emociones básicas que se expresan desde la época de lactantes, se consolidan en la edad escolar y adolescencia, y permanecen en la adultez. Generalmente las emociones son pasajeras, el niño las presenta, rápidamente se recupera y retorna al estado basal, sin afectarse las relaciones con el entorno. Se incluyen dos grupos de emociones, positivas y negativas. Las positivas son: alegría, humor, amor y felicidad; y las negativas: ira, miedo, ansiedad, tristeza, vergüenza y aversión^{1,2}. Sin embargo, al mencionar la tristeza, se incluyen sinónimos: dolor, pena, pesar, desconsuelo, frustración, decepción, aflicción, melancolía, pesimismo, soledad y disgusto¹.

Asimismo, en los niños también existen estados de ánimo, tipos de personalidad y trastornos afectivos que son de mayor duración, pueden ser crónicos, afectan el rendimiento académico, así como las relaciones familiares y sociales. Aquí, puede emerger la depresión, que por considerarse de baja incidencia, no se sospecha, ni se diagnostica. Se considera un problema de salud subdiagnosticado que debe ser atendido y tratado, ya que la depresión es un factor de riesgo para otras patologías, y puede permanecer a lo largo del ciclo de vida

del escolar y adolescente para convertirse en una patología crónica. La casuística es variada, señalándose entre 1-20% su prevalencia, pero varía en preescolares, escolares y adolescentes, e incluso cuando son niños sanos o población pediátrica con algún grado de malestar físico o mental^{3,4}. Sin embargo, como otras muchas patologías, puede ser prevenida mediante estrategias de promoción, prevención y diagnóstico precoz.

Como problema de la salud mental en pacientes pediátricos, hay que indagar sobre determinantes o desencadenantes de depresión, tales como eventos emocionales inesperados, duelos, viajes, separación de familiares o de seres queridos, el rechazo en el grupo de pares, entre otras. Cada una de estas situaciones puede traer consigo la sensación emocional de pérdida del valor social para el niño, afectando su autoestima; y si permanece en el tiempo, podrá instaurarse una depresión. Sin embargo, más allá de lo señalado, existe una serie de situaciones que se consideran como factores de riesgo para el desarrollo de una depresión en la edad pediátrica⁵. De allí que se diga que la depresión en niños puede ser prevenida, si se hace el abordaje correspondiente ante la presencia de alguna de las situaciones siguientes: entorno familiar desorganizado o familia disfuncional, cuadro depresivo en los padres, enfermedades psiquiátricas en los padres, maltrato infantil, déficit de atención, retraso en el aprendizaje, situaciones escolares y sociales adversas, y patologías orgánicas o psicológicas en el niño^{4,5}.

Por consiguiente, es de suma importancia reconocer y diagnosticar la población escolar en riesgo o afectada de depresión, ya que a veces ni los mismos familiares o adultos cuidadores se dan cuenta, ni la sospechan, por lo que el personal médico debe actuar, hacer el diagnóstico y orientar a los miembros del entorno familiar para modificar o actuar sobre los factores de riesgo e intervenir sobre dicho proceso, ya que si no se puede hacer la

prevención o el niño no alcanza la mejoría, se deberá referir al especialista del área, psicología o psiquiatría infantil. En la mayoría de los casos, se dice que la depresión en la edad pediátrica no tiene las mismas características sintomáticas que en el adulto, por ello no es fácil su sospecha clínica. Sin embargo, se debe pensar en depresión cuando hay síntomas que permanecen en el tiempo e incluso modificaciones en el comportamiento de los niños.

En el Táchira no se cuenta con estudios relacionados con la prevalencia de la depresión en la edad pediátrica, siendo este diagnóstico importante para que los pediatras y residentes del postgrado tomen en cuenta, en lo sucesivo, tanto en la anamnesis y evaluación de los pacientes, el estado de ánimo y síntomas de la esfera de la salud mental, y no solamente las patologías netamente biológicas, para así trabajar en conjunto y remitir de manera precoz los casos de depresión a la consulta de salud mental. Por todo lo antes expuesto se quiere hacer una investigación para conocer: ¿Cuál será la prevalencia de depresión no diagnosticada en pacientes de 7 a 11 años que son hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal? ¿Cuál es la proporción de pacientes pediátricos no diagnosticados con respecto al total de ingresados? ¿Cuáles son las variables sociodemográficas que caracterizan a los pacientes con depresión no diagnosticada? ¿Cuáles serán los factores de riesgo personales y familiares que tienen los pacientes con depresión no diagnosticada? ¿Cuál será el nivel de síntomas de depresión que presentan los pacientes pediátricos hospitalizados?

Justificación e importancia

La salud la define la OMS como el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Al desglosar esta definición se verá que parte de la salud incluye el bienestar psicológico y social, que precisamente corresponde al ámbito de las manifestaciones que pueden aflorar en la depresión. Un niño en edad escolar debe ser activo, inquieto, curioso, le gusta jugar, compartir con otros niños, con su familia, en el ámbito escolar es creativo, participa en las actividades académicas y lúdicas, etc.; por lo que cambios en el estado de ánimo, tristeza, irritabilidad, pérdida de la capacidad de disfrute, falta de concentración y otras actitudes o conductas que anteriormente no estaban presentes, pueden hacer sospechar que un escolar está iniciando o está deprimido, por lo que se debe actuar para buscar su origen y no dejar avanzar el problema.

Abordar, diagnosticar y tratar la depresión no manifiesta en niños es de suma importancia para evitar que presente mal rendimiento escolar, rezago o repitencia, que se retraiga, se aísle y sea objeto de burla por parte de los compañeros. Así, determinar la prevalencia de depresión no diagnosticada en los pacientes que se hospitalizan en el servicio de pediatría será una investigación que permitirá poner en evidencia la realidad de la casuística de este problema en el Hospital Central, pudiéndose hacer la inferencia al Táchira, para ser tomado en cuenta por los pediatras y no olvidar una patología que también puede estar presente en la edad pediátrica.

En cuanto a la justificación metodológica, se realizará el abordaje directo de los pacientes pediátricos hospitalizados y se obtendrá información veraz de la prevalencia de la

depresión en niños del Táchira a través del instrumento internacionalmente utilizado, réplica del test CDI o cuestionario de depresión infantil que ha sido validado en España, México y Perú en niños con características semejantes a los de esta región, por lo que arrojará datos que serán válidos para la región.

La justificación práctica está dada porque la prevalencia de depresión a nivel local y regional poco se menciona, quizá por no haberse realizado con anterioridad pesquisas para esta patología, bien sea por desconocimiento de su presencia en la edad pediátrica, o por falta de interés acerca de esta patología; sin embargo, la realización de la presente investigación dejará una evidencia sobre su presencia y podrá motivar a que en lo sucesivo sea tomada como un diagnóstico sujeto a su búsqueda en los diferentes ámbitos. Así mismo, se podría crear una línea de investigación de manera conjunta con el servicio de salud mental para ahondar y afinar más los conocimientos sobre el tema y hacer trabajos preventivos en las instituciones educativas para abordar las familias que por presentar alguna disfuncionalidad, puedan estar siendo la génesis de la depresión en los niños.

Antecedentes

Sobre el tema de depresión en la edad pediátrica, existe una serie de investigaciones a nivel mundial que a continuación serán expuestas, y serán parte importante de los antecedentes para la realización de esta investigación en el Táchira.

En Argentina⁴ se realizó una revisión sobre el tema de depresión en la infancia cuyo objetivo fue transmitir a los pediatras elementos que les posibiliten pensar en la depresión en niños, de primera y segunda infancia, a partir de motivos de consulta propios de la práctica cotidiana. Se reportó una prevalencia del 1% en la población pediátrica en

general, pero se expresa que es más elevada en los niños que consultan por algún malestar físico o psíquico. Se enumeran los síntomas que deben investigarse en el niño o por información de los padres, separándolos para preescolares y escolares. Se establece además las comorbilidades que coexisten (ansiedad, miedos, obsesiones, somatizaciones) en los pacientes pediátricos. Se concluye que la depresión puede existir en la infancia como reacción a eventos vitales o como estado psicopatológico. Que el pediatra y el médico de familia son los agentes de detección precoz de la depresión y ante la sospecha debe ser remitido el niño al especialista y ser manejado por un equipo interdisciplinario.

En México⁶ se realizó una investigación con la finalidad de detectar de manera temprana ansiedad y depresión en niños con cardiopatía, partiendo de la hipótesis que, si estas patologías están presentes en la enfermedad del niño, pueden causar trastornos adaptativos que influyen o entorpecen el apego al tratamiento a largo plazo. Se señalan como instrumentos para la evaluación de la población pediátrica, la escala de ansiedad de Reynolds, y para la depresión el CDI de Kovacs y el CDS (Child depression Scale). Asimismo, exponen que en padecimientos graves o crónicos pueden surgir cambios en la adaptación, conducta y comprensión de la enfermedad, y en el caso de las cardiopatías congénitas que presentan una situación de crisis en la calidad de vida del paciente y su familia, también se expresan estos cambios emocionales. Recomiendan investigar más a fondo las variables psicológicas en los pacientes con cardiopatía y otras enfermedades crónicas.

En Colombia⁷ se realizó una investigación para describir los factores relacionados con la depresión en los pacientes pediátricos con cáncer y cómo realizar su diagnóstico. Se hizo un diseño de revisión documental, de artículos publicados durante 13 años en la

literatura médica. Los resultados arrojaron que los factores de riesgo para depresión fueron: factores personales (capacidad de adaptación, nivel de desarrollo y funcionamiento físico, nivel cognitivo y emocional, género, forma de afrontamiento, autoestima, apariencia e imagen corporal), familiares y sociales (apoyo familiar y apoyo social) y relacionados con la enfermedad y el tratamiento (estancia hospitalaria, procedimientos médicos, aislamiento, etapa y efectos de la quimioterapia, calidad de la atención). Concluyen que existen factores personales, familiares, de la enfermedad y tratamiento, que son predictores y moduladores de la depresión y que se relacionan con el riesgo o aparición de esta en el niño con cáncer.

En España⁸ se realizó una investigación con el objetivo de buscar la relación entre los rasgos de temperamento y carácter, y los síntomas de ansiedad y depresión en la población infantil. Para recopilar los datos se le administró a una muestra de 827 niños entre 9-13 años el inventario infanto juvenil de temperamento y carácter de Cloninger, el inventario de depresión infantil de Kovacs y el cuestionario de ansiedad de Spielberg. Los resultados arrojaron que todas las dimensiones del temperamento y carácter presentaron correlaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones de los cuestionarios de ansiedad y depresión. Concluyeron que estos test pueden resultar una herramienta para la detección de niños en riesgo de padecer de algún trastorno psicopatológico.

En otro estudio realizado también en Colombia⁹ se plantearon el objetivo de investigar la prevalencia de la depresión en una población infantil. Se trabajó con una muestra de 768 sujetos, entre 8 y 12 años, y se utilizó el test de Kovacs (CDI) en la versión en español. Los resultados arrojaron una prevalencia de 25,2% de depresión en la muestra examinada. Se concluyó que la sintomatología de depresión es alta en la muestra de niños escolares, por lo que se recomienda una mayor atención e investigación.

Otro estudio realizado en España¹⁰ buscó evaluar la relación entre rendimiento escolar y la depresión en la infancia, a través de una investigación comparativa entre dos grupos, casos y controles, y aislar los factores de riesgo para una futura prevención de la depresión. Se estudiaron las variables depresión, rendimiento escolar, inteligencia, inhibición social, personalidad y agrado hacia la escuela. La muestra fue de 58 niños del grupo casos y 61 del grupo control, entre 9-12 años. Se utilizaron test y cuestionarios psicológicos ya validados. Se concluyó que la conducta afectiva y el rendimiento escolar se modulan a partir de la confluencia de numerosas variables; así, los niños con depresión presentan más síntomas de neuroticismo y rigidez en el estudio, son menos extrovertidos, menos líderes, son más inhibidos, tienen menos habilidades intelectuales, y más probabilidades de suspender la asistencia al aula y presentar sentimientos de desagrado hacia la escuela.

www.bdigital.ula.ve

En la misma tónica de la investigación anterior, se realizó en Colombia¹¹ otro estudio para describir los niveles de depresión y autoestima en estudiantes con bajo rendimiento académico de cinco instituciones educativas. Se diseñó una investigación descriptiva y transversal, con una muestra de 140 estudiantes a los cuales se les aplicó la escala Zung para depresión, y la Escala de autoestima de Rosenberg. Los resultados arrojaron 86% de depresión moderada y 51% de baja autoestima en los estudiantes. Se concluyó que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentan factores psicológicos negativos que los afectan, como depresión y baja autoestima. Recomiendan implementar estrategias interdisciplinarias y de intervención psicológica para favorecer el aprendizaje y la socialización.

Marco teórico

Depresión en la edad pediátrica

La salud mental es concebida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta a su comunidad. Este mismo concepto, aplicado a niños y niñas, hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales o la aptitud para aprender y participar activamente en la sociedad¹².

En 1621, Robert Brula escribió un libro llamado Anatomía de la melancolía en el que hablaba de la depresión en adultos, y también hacía referencia a la depresión en niños. Pero la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permitía el estudio de los procesos interiorizados. Así, en 1975 la depresión infantil fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica¹³.

La depresión infantil, es definida como un trastorno del estado del ánimo en niños, en el que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía de gran intensidad y duración. Los niños experimentan un ánimo bajo que, a diferencia de los adultos, se manifiesta principalmente con irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para estar concentrados en relación con el funcionamiento previo, fallas de atención, ideas de ser menos valiosos que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro, y cuando es

grave puede haber intentos suicidas o síntomas de psicosis, consistentes en alucinaciones (alteraciones somato sensoriales) o delirios (creencias falsas). Estos síntomas difieren de la variación normal de ánimo por su intensidad y su duración, y por la incapacidad que generan y porque afectan todas las esferas del individuo, la forma como se relaciona con otros y su percepción del medio ambiente. Los trastornos depresivos en niños y adolescentes suelen ser comunes, recurrentes y hasta crónicos, además de presentar asociada una alta comorbilidad^{5,13,14,15}.

En el DSM-IV-TR¹⁶ se señala que la esencia del trastorno depresivo es la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día, durante las dos últimas semanas, y que se acompaña de 5 de los siguientes síntomas: pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento/agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad/culpa, dificultades para pensar/concentrarse/decidirse y pensamientos recurrentes de muerte/suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en niño o adolescente¹⁷.

Este trastorno repercute negativamente a nivel personal, escolar, y/o social; en la infancia afecta predominantemente los sistemas psicofisiológicos o motores y con el paso del tiempo repercute en el sistema cognitivo, pudiendo generar dificultades en nuevos ámbitos como el sexual o el legal. En la actualidad la existencia de la depresión infantil es un hecho comúnmente aceptado por la comunidad científica especializada, por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento. Algunos han llegado a denominar a la depresión como la enfermedad del siglo XXI¹⁸.

Además, la patología depresiva del niño y del adolescente, aunque se defina mediante criterios diagnósticos muy estrictos y específicos, no es un grupo homogéneo. Se diferencia, obviamente, de la del adulto, pero también existen importantes diferencias entre los posibles subgrupos que en ellas se pueden definir. Estas diferencias pueden estar ligadas a la edad (preescolar, escolar, adolescentes), al sexo, a la presencia o ausencia de comorbilidad (médica o psiquiátrica)¹⁷.

La OMS estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo, y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo. Asimismo se establece que el 20% de los niños y adolescentes sufrieron de alguna enfermedad mental durante su desarrollo, y específicamente, la frecuencia de los trastornos depresivos mayores oscila entre el 1-2% para la edad escolar, y 4-8 % en los adolescentes. Con una relación por sexo varón/hembra de 1:1 para <10 años y de 1:2 en adolescentes. La incidencia acumulada a los 18 años es del 20% y se señala que la incidencia general ha aumentado, con cada generación^{17,19,20}.

Fisiopatología de la depresión en pediatría

Para los trastornos depresivos de niños y adolescentes se han relacionado factores hereditarios y ambientales. Los más importantes van a estar ligados, entre otros, a la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares graves (grupo de hijos de padres con trastornos psiquiátricos en general, y con trastornos depresivos, bipolares y esquizoafectivos, en particular) y a la presencia de circunstancias ambientales asociadas a eventos vitales específicos (aparición de la pubertad en las niñas) o generales (duelos, enfermedades médicas crónicas y pertenecer a estratos socioeconómicos bajos)^{17,20}. En

cuanto a la génesis, se manejan tres teorías, la neuroquímica, la neurobiológica y la genética. A continuación se presenta una síntesis de cada una:

a-Teoría neuroquímica

El hipotálamo es un centro integrador y regulador en el cerebro de importancia vital. Hay autores que sostienen que la depresión puede originarse como consecuencia de una perturbación de la función hipotalámica. Estudios indican que los núcleos del hipotálamo intervienen en la regulación del estado de ánimo, además el hipotálamo interviene en la regulación de muchas funciones que se encuentran alteradas en gran número de pacientes depresivos como: el apetito, la actividad sexual y otros. El hipotálamo es una parte integrante del enlace que existe entre la corteza cerebral y glándulas endócrinas, tales como la hipófisis, las suprarrenales y la tiroides, cuyo funcionamiento puede estar alterado en la depresión^{5,21}.

a.1.Eje hipotálamo- hipófisis- adrenal: Esta alteración es documentada aproximadamente en el 60% de la población depresiva, otras alteraciones en depresión relacionados con la disfunción del eje del cortisol son los niveles de CRH disminuidos en el líquido cefalorraquídeo, el aumento de la liberación de la vasopresina en las neuronas parvocelulares del hipotálamo, la prueba DST-CRH (-), la alteración en la expresión de los receptores glucocorticoides tipo II en el hipocampo y la respuesta a los tratamiento antiglucocorticoides, los cuales se han convertido en una herramienta clínica y diagnóstica de patrón de curso y pronóstico de la enfermedad. En el 40-59% de niños y adolescentes con depresión se ha detectado hipercortisolemia y respuesta positiva al test de supresión de dexametasona, siendo esta respuesta más prominente entre los niños prepúberes que entre los adolescentes³. El incremento en la concentración del factor liberador de corticotropina

en líquido cefalorraquídeo favorece el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. En el caso del cortisol, los trastornos de ansiedad se caracterizan por una hipocortisolemia que conllevan a la depresión²¹.

a.2.Eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo: Dentro de las alteraciones clínicas se ha encontrado aumento en las concentraciones de TSH, con importantes variaciones de T3 y T4, respuesta aumentada y/o disminuida a la prueba de TRH, ritmo circadiano de TSH alterado, elevaciones de TRH en el líquido cefalorraquídeo. Esto se confirma en la clínica psiquiátrica, donde los pacientes deprimidos tienen más alteraciones del eje neuroendocrino tiroideo que la población general en un 25% de los casos²⁰. Otros investigadores sostienen que la prueba de estimulación a la TRH (-), es el resultado de mecanismos compensatorios ante la presencia de cuadros depresivos, con un aumento en la producción neuronal de TRH. Es decir, las alteraciones son más bien consecuencia que causa de la enfermedad depresiva en este caso. En la actualidad grupos de investigación han correlacionado los niveles basales de TSH, con la posibilidad de respuesta antidepressiva a los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina^{5,21}.

a.3.Eje hipotálamo hipófisis- somatotropina: La hormona del crecimiento (HC) se secreta en pulsos, generalmente en horas nocturnas, durante el ciclo del sueño inicial. La prevalencia del trastorno del sueño en pacientes deprimidos es significativa, lo cual lleva a una alteración de la producción de la hormona del crecimiento en pacientes depresivos³. En niños y adolescentes deprimidos se ha encontrado hiposecreción de HC en respuesta a hipoglicemia, pero durante el sueño hay hipersecreción de la misma que persiste luego de la recuperación del episodio depresivo. Así mismo, la regulación de la liberación de neuropéptidos, como la GNRH y la somatostatina, es controlado por neurotransmisores y

péptidos implicados en la fisiopatología de la depresión, así como los cambios obtenidos a partir de los tratamientos instaurados^{20,21}

b-Teoría neurobiológica

Se ha propuesto la hipótesis de las aminas biógenas, en la cual los trastornos depresivos se asociaría a un déficit de algunos de estos neurotransmisores (indolamina, serotonina, catecolaminas, norepinefrina y dopamina). Los metabolitos de las catecolaminas como el 3-metoxi-4hidroxifenilglicol (MHPG) están disminuidos en orina y líquido cefalorraquídeo en pacientes con depresión. Bajas concentraciones del metabolito de la serotonina, el hidroxindolacético (5-HIAA), se encuentra en la orina y líquido cefalorraquídeo en pacientes depresivos. Existe una reducción del metabolito de la dopamina (HVA-ácido homovanílico) en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con depresión²¹.

c-Teoría genética

Familiares en primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen dos a tres veces mayor riesgo de presentarlo. Los porcentajes de morbilidad por padres es del (10-15%), un 20% de los familiares de los pacientes con depresión mayor lo presenta, por estos motivos se han planteado que el componente genético de este trastorno es elevado. Se ha encontrado una mayor frecuencia de presentación (concordancia) en gemelos monocigóticos en un 60% y dicigóticos en un 12%. Sin embargo se tiene claro que el patrón de transmisión no es único y que es posible que existan varias formas para ello¹⁷.

Factores de riesgo de depresión en pediatría

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son las causas, sino que se asocian con el evento, y como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión^{17,21}. En líneas generales se mencionan, como factores de riesgos, factores personales y familiares. A continuación se hará una exposición sobre dichos riesgos.

a- Factores de riesgo personales: son aquellos que dependen estrictamente del niño, como: el sexo, la edad y la etapa del desarrollo psicológico del niño, y por consiguiente, habrá que estudiarlos de manera individual. Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas y habilidades, diversa temática, preocupaciones y necesidades, y son estas diferencias las que influirán en la forma como los niños reaccionen ante una situación¹⁷.

a.1 Sexo: Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños y niñas, sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a éste, así como diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos repetitivos^{4,5,8}.

a.2 Edad: La depresión puede afectar a niños de todas las edades, desde lactantes y preescolares, hasta niños de edad escolar y adolescentes. Los estudios epidemiológicos muestran que en la edad preescolar la incidencia es de 4-5%, para la edad escolar del 7-9%, y en la adolescencia 8-15%. Además, se señala que depresión grave puede estar presente en 2% de niños pequeños y en adolescentes asciende a 8%^{5,8,22,23}.

a.3 Desarrollo biopsicosocial del niño: Los lactantes no muestran señales de inquietud, aceptando muy bien los cuidados de personas extrañas, sin embargo, entre 4 meses y 6 años, tanto el trauma de la separación de la madre, como la incorporación a un ambiente desconocido, repercuten sobre el desarrollo psíquico del niño. El desequilibrio emocional puede mantenerse en el niño, ya sea de manera temporal o permanente. Cuando los niños de estas edades son acompañados por sus madres, este trauma es mucho mejor tolerado. La presencia materna infunde tranquilidad. Los niños tienen entonces la confianza de que su madre disipará totalmente las amenazas existentes en un ambiente desconocido. En la etapa escolar, en la cual el niño tiene un desarrollo cognitivo concreto, se requieren explicaciones ante una situación en términos simples. Es necesaria la información anticipada sobre los eventos y se debe alentar su capacidad para comprender y enfrentar situaciones. En la adolescencia se produce ansiedad por la pérdida de independencia, control e identidad. También se produce preocupación por la pérdida de intimidad^{5,8,22,23}.

a.4. Factor biológico/genético: los niños, hijos de padres depresivos y trastornos del estado de ánimo, presentan mayor riesgo a desarrollar depresión que el resto de la población. Se señala que más del 50% de niños cuyos padres tienen antecedente de depresión mayor, presentara un episodio de depresión antes de cumplir 20 años. Situación parecida se presenta en los niños con déficit de hormona del crecimiento e hipotiroidismo. Por otra

parte, los niños introvertidos, poco sociables y retraídos tienen mayor riesgo de depresión^{5,22,23}.

b- Factores de riesgo familiares: El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo. El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes. El modo en que los padres, hermanos, familiares y compañeros responden ante un evento trascendental del niño puede ser de vital importancia. En general, hay tres situaciones familiares que representan un factor de riesgo para depresión^{5,17,21,22,23}:

b.1. La separación de la madre: constituye uno de los factores más importantes de riesgo para el niño. El apego en la niñez es sumamente importante. Inicialmente la separación fue citada como la causa etiológica más relevante de las diversas alteraciones sufridas por los niños, como consecuencia de la deprivación afectiva producida. Todos los niños necesitan que su familia les brinde cariño y control, si esto no ocurre, puede traer consecuencias negativas en varios aspectos. Entre las alteraciones que más frecuentemente se han citado destacan el comportamiento agresivo, la ansiedad y la depresión.

b.2. Divorcio o ruptura de la convivencia familiar: modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares. Por todo ello, resulta conveniente que la familia adopte una serie de estrategias o incluya nuevas rutinas en la dinámica de sus relaciones interpersonales, de manera que éstas no se vean excesivamente afectadas a causa de la separación de uno de sus miembros. Aquí también se incluye aquellos casos en los que ocurre la muerte de alguno de los progenitores. También se menciona los casos de familias conflictivas, que aun separadas, mantienen climas de malas relaciones.

b.3. El estrés en los padres: aparece también como uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño ante una situación. Entre las principales conductas que aparecen en los padres se encuentran la sobreprotección y la baja tolerancia a las frustraciones y a los conflictos familiares. El niño que confronta una situación adversa, puede experimentar un trato diferente por parte de sus padres y hermanos, observando como su entorno está contribuyendo de algún modo a alterar la dinámica familiar. Estas observaciones pueden hacer que se perciba a sí mismo como la fuente más importante de las alteraciones emocionales padecidas por sus padres y hermanos. Surge entonces la culpabilidad, los autoreproches y la ansiedad, que obviamente aumentarán la tensión ya existente en esa situación, en la que además debe adaptarse.

Clasificación y criterios de depresión en pediatría

Para realizar la clasificación de los trastornos depresivos, se tomarán en cuenta el DSM IV¹⁶ y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²⁴. Así, se presenta la siguiente clasificación sobre distimia y depresión:

a-Trastorno distímico (Distimia)^{16,20,24}: Código CIE-10: F34.1 Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Criterio B: Deben tener dos o más de estos síntomas: 1-Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación); 2-Insomnio o hipersomnio (dificultades para descansar, porque duerme menos de lo acostumbrado o porque duerme más); 3-Astenia; 4-Baja autoestima; 5-Pérdida de la capacidad de concentración; 6-Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza (desesperanza aprendida)

Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia hubo un episodio depresivo mayor, éste tendrá que haber remitido por completo, con un periodo posterior, mayor de dos meses libre de síntomas, antes del inicio de la distimia

Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.

Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

b-Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son^{16,20,24}: Código CIE-10: F32, F33,

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: 1-Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días; 2-Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales; 3-Disminución o aumento del peso o del apetito; 4-Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más); 5-Enlentecimiento o agitación psicomotriz; 6-Astenia (sensación de debilidad física); 7-Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa; 8-Disminución de la capacidad intelectual; y 9-Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Diagnóstico de depresión en pediatría: Cuestionario de depresión para niños

La depresión en la edad pediátrica puede persistir, recurrir, y hasta prolongarse a la adultez, sobre todo si no se da tratamiento; por ello la importancia de hacer diagnóstico para buscar apoyo y terapia para evitar se vuelva crónica. Aparte de lo señalado en la sección anterior, que corresponde a los criterios del DSM IV y la CIE-10, para la edad pediátrica se toman en cuenta, además, otros aspectos que se obtienen de cuestionarios que han sido elaborados precisamente para niños.

En la literatura se presentan una serie de test e instrumentos para el diagnóstico de depresión infantil. Una vez revisados, visto los artículos publicados sobre el tema y la disponibilidad y manejo práctico de cada uno, se valoró el que ha sido más utilizado, probado y validado en países iberoamericanos. Este es el Child depression inventory (CDI), de María Kovacs.

El CDI data de mediados de los años 70, cuando su autora buscó desarrollar un instrumento para medir la depresión en la edad infantil, pero que fuera autoadministrado por los niños. Trabajó cerca de 8 años en perfeccionarlo, ejecutando investigaciones y estudios pilotos, en poblaciones normales y psiquiátricas, con posteriores análisis semánticos y conceptuales, así como revisiones y validaciones por psiquiatras, para cada

una de las preguntas, hasta llegar, en 1983, a contar con la versión final, que es un cuestionario autoadministrado con 27 preguntas que indaga sobre datos del humor, funciones vegetativas, experiencias de placer, autoconcepto y conducta interpersonal^{25,26}.

Es el cuestionario más utilizado en Latinoamérica para medir depresión y clasificar la gravedad de los síntomas trastorno en niños. Se aplica a niños y adolescentes de 7 a 17 años, sólo requiere comprensión lectora básica. Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta con una escala tipo Likert (0=normal, 1=cierta intensidad y 2=presencia inequívoca de un síntoma depresivo), para un puntaje total que oscila entre 0 y 54 puntos. A mayor puntuación, mayor intensidad de sintomatología depresiva. Cuando se utiliza este instrumento con fines de screening, el punto de corte que se recomienda es 19 puntos, es decir, 20 puntos o más hacen el diagnóstico de depresión^{8,9,10,11,12,15,17,20,25,26}.

Por otro lado, más allá del punto de corte para depresión, el baremo de la prueba mide el riesgo a padecerla según los resultados que obtenga cada niño. Así, los puntajes que se utilizan y que serán también los que se manejarán en esta investigación son los siguientes^{25,26}:

- 20 puntos y más → Alta sintomatología depresiva (diagnóstico de depresión)
- 11-19 puntos → Nivel medio-alto de síntomas depresivos (síntomas moderados)
- 8-10 puntos → Nivel medio de síntomas depresivos (síntomas leves)
- 0-7 puntos → Nivel bajo de síntomas depresivos (sin depresión)

Hipótesis de trabajo

Existe depresión no diagnosticada en los pacientes pediátricos entre 7-11 años que son hospitalizados en los servicios de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal

Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión no diagnosticada en pacientes de 7-11 años del Servicio de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, marzo-junio 2018

Objetivos específicos

- Caracterizar a los pacientes de 7-11 años con depresión no diagnosticada, según edad, sexo, procedencia y estrato socioeconómico
- Establecer la proporción de pacientes con depresión no diagnosticada con el total de pacientes hospitalizados de 7-11 años en el periodo de estudio
- Identificar factores de riesgo personales y familiares presentes en los pacientes de 7-11 años con depresión no diagnosticada
- Clasificar los casos de depresión no diagnosticada en pacientes de 7-11 años según el nivel de síntomas

Materiales y Métodos

Tipo de investigación

Para conocer la prevalencia de pacientes pediátricos con depresión no diagnosticada, se ha planificado una investigación observacional, no experimental, descriptiva y transversal. Es observacional porque se tomarán y medirán las variables sin manipularlas, tal y como se presentan en cada niño que será encuestado. Es no experimental porque no se introducirán efectos, ni controlarán las variables en los sujetos que conformarán la muestra.

Por otro lado será un estudio descriptivo porque a través de él se pondrán en evidencia los pacientes pediátricos con depresión no diagnosticada, se sabrá cómo están y cómo son los síntomas o manifestaciones de los pacientes con depresión no diagnosticada. Por último será un estudio transversal porque se medirán las variables en un solo momento, se aplicará el cuestionario una sola vez para conocer los síntomas de depresión de los pacientes hospitalizados, sin hacer seguimiento de los síntomas^{27,28}.

Población y muestra

Para dar respuesta a los objetivos planteados, la población estará representada por todos los niños que han acudido y han sido hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el periodo de estudio. Se conoce como población al conjunto de sujetos con características comunes para los cuales van a ser extensivas las conclusiones de la investigación^{28,29}.

Por otra parte, se tiene que la muestra es una parte de la población o universo en quienes se medirán las variables que conforman la investigación. En líneas generales se sostiene que la muestra es un subconjunto de la población, y debe ser representativo del universo²⁷. En la presente investigación se tomarán como sujetos de la muestra a todos los niños entre 7 y 11 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión³⁰.

Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados al servicio de pediatría con edad entre 7 y 11 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes de cualquier localidad de procedencia
- Pacientes de cualquier estrato socioeconómico

Criterios de exclusión

- Paciente con antecedente de diagnóstico de depresión conocido
- Paciente con antecedente de patología psiquiátrica o psicológica conocida
- Pacientes cuyos padres no autoricen o firmen el consentimiento informado
- Paciente con alguna patología actual o crónica o discapacidad que le impida comprender o responder las preguntas
- Paciente críticamente enfermo o en cuidados intensivos

Procedimiento, recolección y procesamiento de datos

Tomando en cuenta los objetivos, el tipo de investigación y la muestra correspondiente, se llevarán a cabo una serie de etapas para recolectar la información y los datos de los niños seleccionados. A continuación se especifica los pasos para la recolección:

- ✓ Cada día se procederá a revisar los ingresos desde la emergencia pediátrica hacia los diferentes servicios de pediatría
- ✓ Se constatará si el niño recién ingresado, con edad entre 7-11 años, cumple con los criterios de inclusión
- ✓ Se invitará a padres y/o representantes a participar en la investigación
- ✓ Una vez que el familiar directo dé su consentimiento, se hará un pequeño intercambio con el paciente para explicarle que la investigación y las respuestas son anónimas; además, se le explicará cómo debe llenar cada ítem del cuestionario CDI, que seleccione la opción que él siente como la más parecida a su parecer y no haya intervención del familiar
- ✓ Se llenará la ficha con los datos sociodemográficos y los antecedentes correspondientes para conocer los factores de riesgo personales y familiares, para depresión, de cada niño
- ✓ Diariamente se realizará visita a los servicios para intercambiar con el paciente, entregar el instrumento y recibirlo una vez haya sido completado

Todo lo antes señalado en la selección de los datos será cumplido durante el tiempo establecido para la toma de la muestra (marzo-junio 2018). Una vez culminado el proceso de selección de pacientes y llenado de los instrumentos, se realizará una base de datos con el programa IBM SPSS, en la cual se vaciará cada ficha y cuestionario CDI para hacer las tabulaciones correspondientes de cada variable de estudio, obtener las gráficas y hacer el análisis con indicadores descriptivos, y así, dar respuesta a los objetivos planteados,

contrastando los resultados con los antecedentes y marco teórico aquí presentado para elaborar la discusión, conclusiones y recomendaciones correspondientes.

www.bdigital.ula.ve

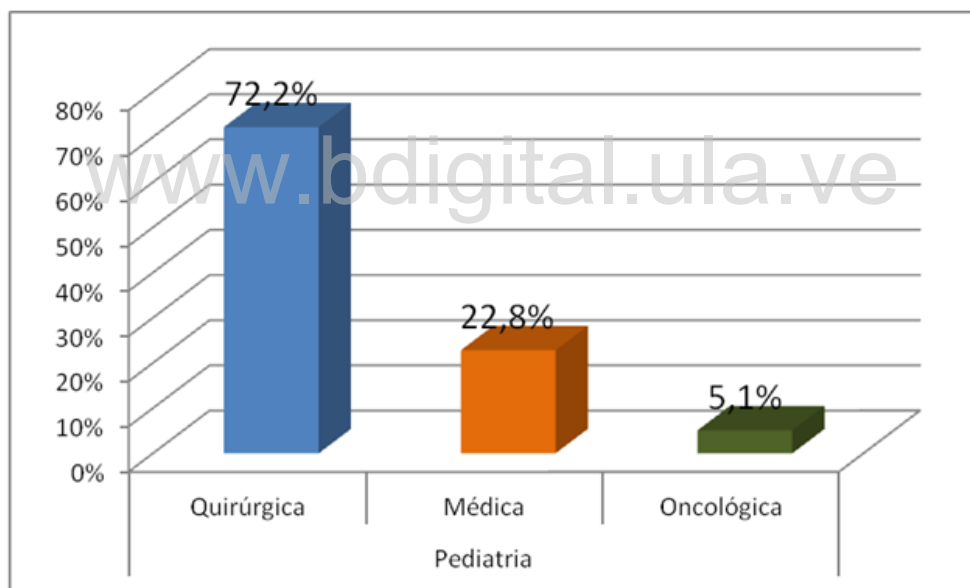
VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Categoría	Indicador	Tipo
Edad	Años y meses	Desde 7 años hasta 11 años y 11 meses	Numérica continua
Sexo		*Femenino *Masculino	Catagórica nominal
Procedencia	Localidad o poblado donde vive	*Urbano *Rural	Catagórica nominal
Estrato SE	Test de Graffar modificado	*Estrato I *Estrato II *Estrato III *Estrato IV *Estrato V	Catagórica ordinal
Factores de riesgo personales	-Sexo -Edad -Escolaridad -Familiares con depresión -Déficit de HCG -Personalidad del niño	*Masculino/Femenino *7-9 años o 10-11 años *SI o NO *SI o NO *Introvertido o extrovertido	Catagórica nominal
Factores de riesgo familiares	-Tipo de familia -Divorcio/separación -Relación con padre/madre separado -Violencia doméstica -Hacinamiento -Pérdidas o duelo -Separación materna -Manifestaciones de cariño -Sobrepotección -Indiferencia -Padres ansiosos/estresados	*Nuclear, extendida, monoparental, monoparental extendida, reconstruida *SI o NO *Buena Regular Mala Ninguna *Física (golpes, pellizcos, correazos)*Psicológica/verbal gritos, regaños, manotazos *SI o NO *SI o NO *Madre ausente *Abrazos Besos Caricias *SI o NO *SI o NO *SI o NO	Catagórica nominal
Clasificación de la depresión	Sin depresión Con depresión	*0-7 puntos (sin depresión) *8-10 puntos (Síntomas leves) *11-19 puntos (Síntomas moderados) *20 puntos o más (depresión)	Catagórica ordinal

ANALISIS ESTADISTICO

Se presentan el análisis de las fichas epidemiológicas y cuestionario de depresión infantil en las áreas de hospitalización pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal. De un total de 375 escolares de 7 a 11 años que ingresaron en el lapso de marzo junio 2018, se tomó un total de 79 escolares que cumplieron con los criterios de inclusión y para los cuales se presentarán parte de las conclusiones del presente trabajo de investigación, es decir que n=79 escolares representa el 100% de los resultados procesados.

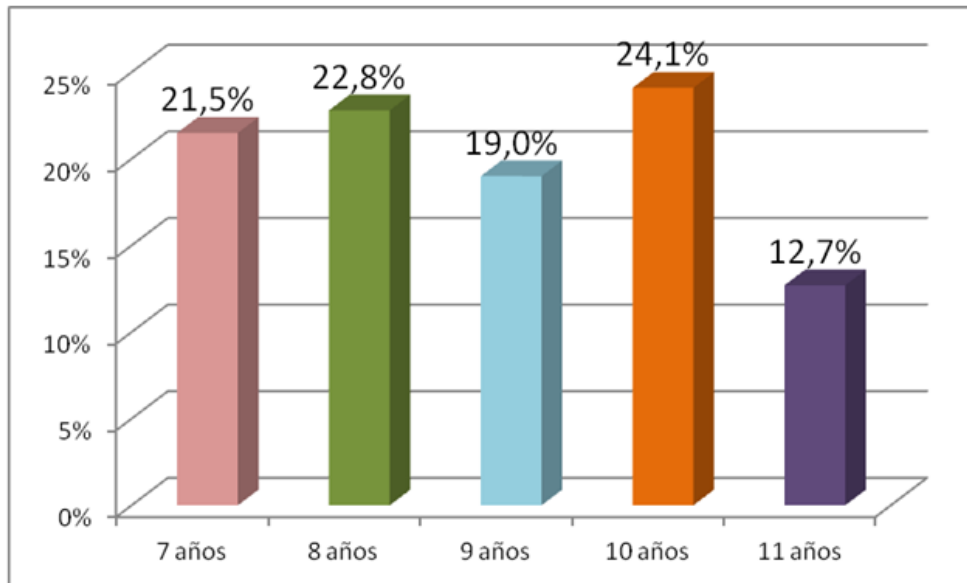
Gráfica 1 Prevalencia de depresión no diagnosticada según servicio de Pediatría Hospital Central San Cristóbal, 2018



Fuente: Cuestionario CDI

Se evidencia que la mayor cantidad de pacientes de la muestra fueron tomados de pediatría quirúrgica con el 72,2%, seguido por la pediatría médica con un 22,8% y luego la pediatría oncológica con un 5,1% del total. Esta diferencia resultó estadísticamente significativo ($p < 0,005$)

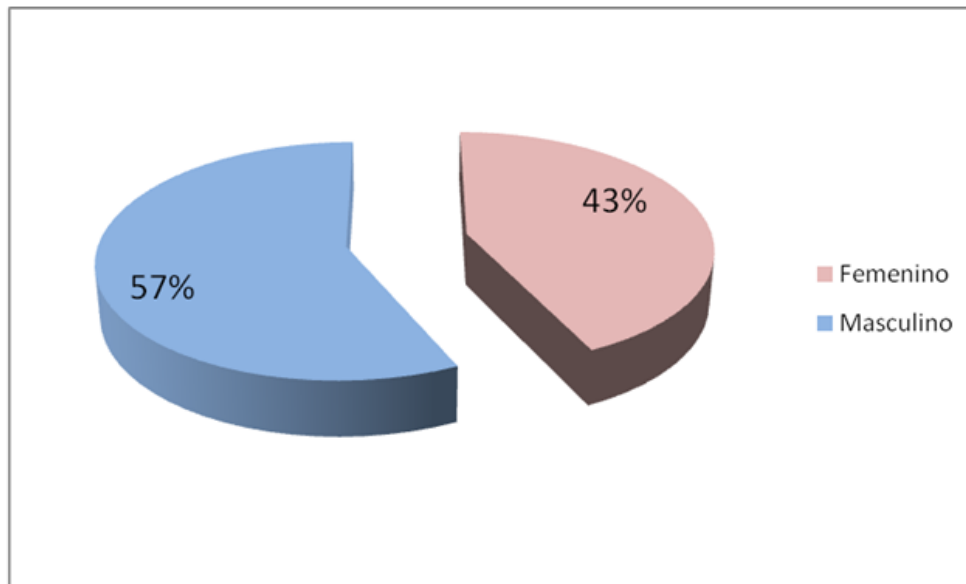
Gráfica 2 Prevalencia de depresión no diagnosticada según edad de los pacientes
Departamento de Pediatría, Hospital Central San Cristóbal, 2018



Fuente: Cuestionario CDI

Se evidencia que del total de pacientes escolares ingresados en las áreas de hospitalización de Pediatría en el Hospital Central de San Cristóbal, predomina la edad de 10 años representando un 24,1% del total de los pacientes de 7 a 11 años de edad.

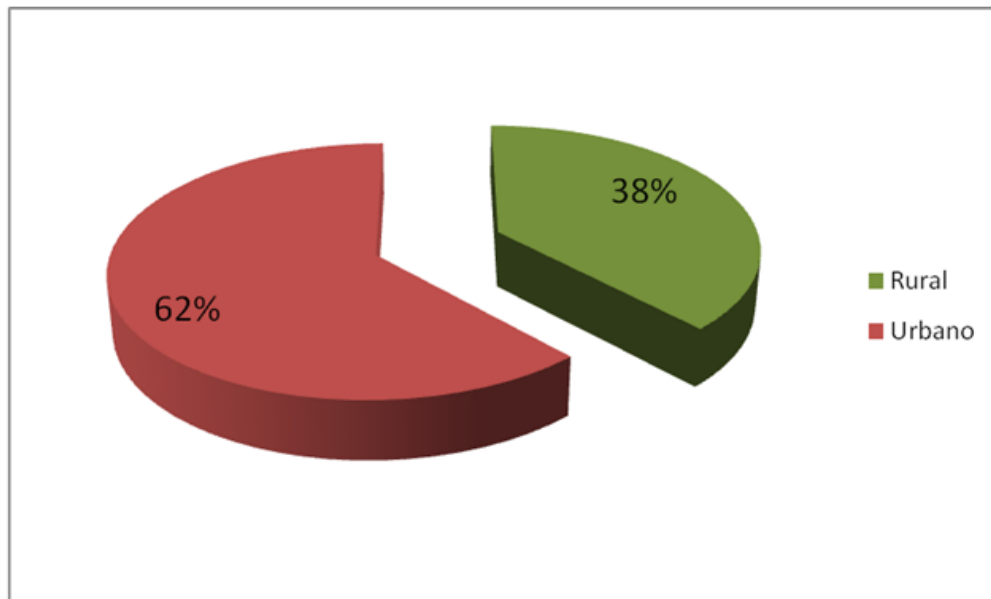
Gráfica 3 Prevalencia de depresión no diagnosticada según sexo de los pacientes
Departamento de Pediatría, Hospital Central San Cristóbal, 2018



Fuente: Cuestionario CDI

La prevalencia de Depresión no diagnosticada según el sexo en el departamento de Pediatría predomina el masculino con un 57% en relación con el femenino dado por el 43% de los pacientes.

Gráfica 4 Prevalencia de depresión no diagnosticada según procedencia de los pacientes
Departamento de Pediatría, Hospital Central San Cristóbal, 2018

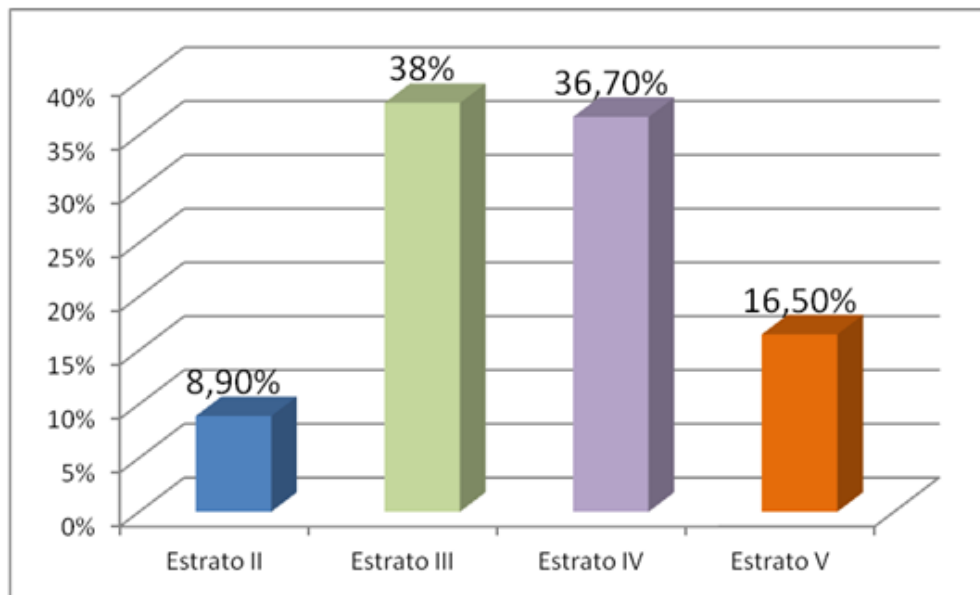


Fuente: Cuestionario CDI

www.bdigital.ula.ve

Según la procedencia del paciente, se determina que un 62% de los pacientes provienen del área rural, a diferencia de su contraparte en un 38% por las zonas rurales.

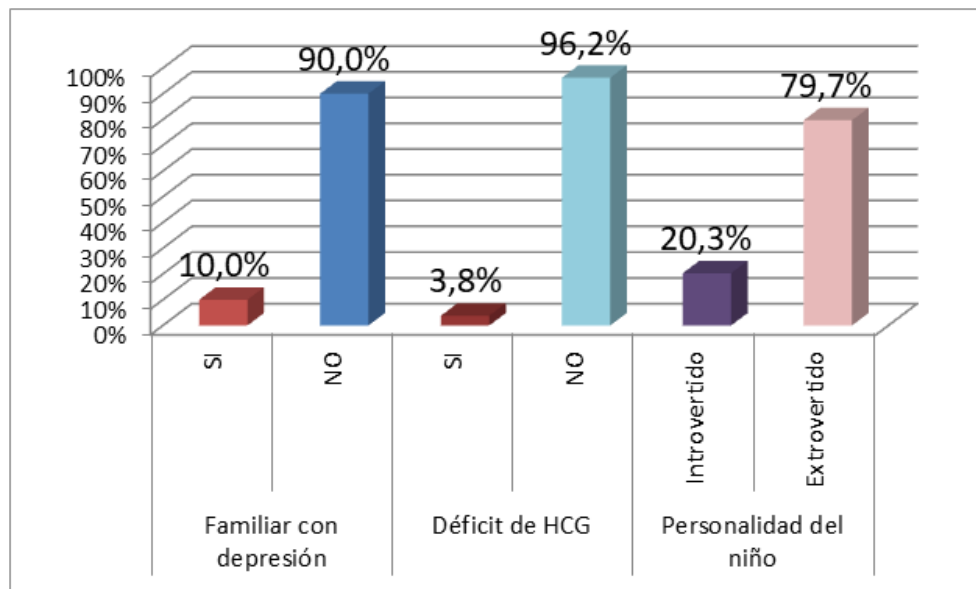
Gráfica 5 Prevalencia de depresión no diagnosticada según estrato socioeconómico de los pacientes
Departamento de Pediatría, Hospital Central San Cristóbal, 2018



Fuente: Cuestionario CDI

Según el estrato socioeconómico según la Escala de Graffar, el estrato III representa el mayor porcentaje dado por un 38% de los casos, seguido por el estrato IV expresado en un 36,7%, seguido por estrato V con un 16,5% y luego el estrato II por un 8,9% del total de los pacientes.

Gráfica 6 Prevalencia de depresión no diagnosticada según riesgos personales del niño
Departamento de Pediatría, Hospital Central de San Cristóbal, 2018

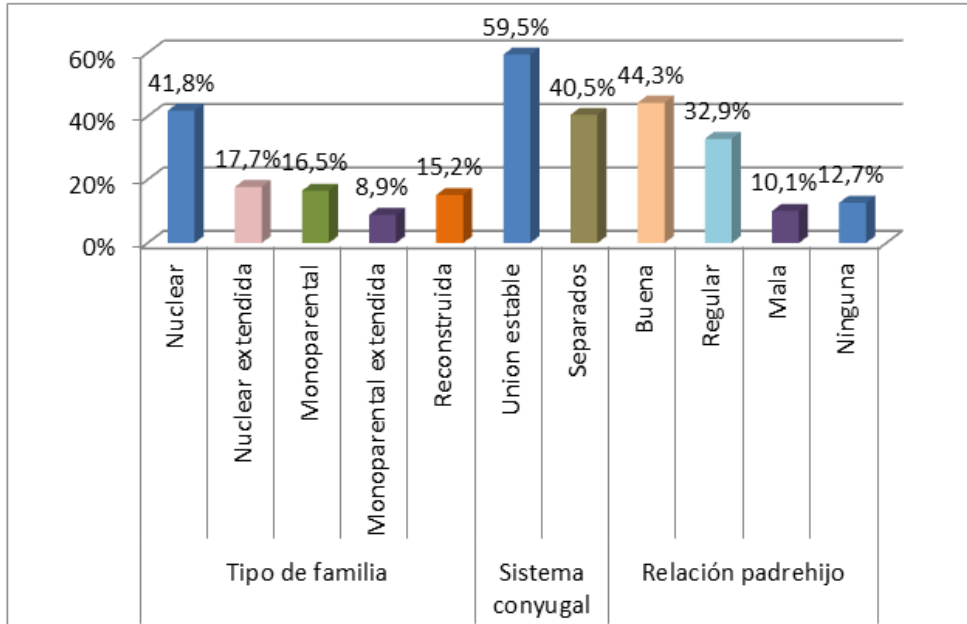


Fuente: Ficha epidemiológica

www.bdigital.ula.ve

Según riesgos personales del niño referente a la prevalencia de depresión no diagnosticada, se observa que existe depresión en el 10% de los familiares lo cual resulta estadísticamente significativo ($p < 0,005$); en cuanto al déficit de HCG un 96,2% de la población no lo demuestra en contraparte de un 3,8% que si lo manifiesta; y en referencia a la personalidad del niño el 79,7% de ellos son extrovertidos a diferencia de un 20,3% que se caracterizan por ser introvertidos, lo cual resulta estadísticamente significativo ($p < 0,005$)

Gráfica 7 Prevalencia de depresión no diagnosticada según factores de riesgo familiares del niño
 Departamento de Pediatría, Hospital Central de San Cristóbal, 2018

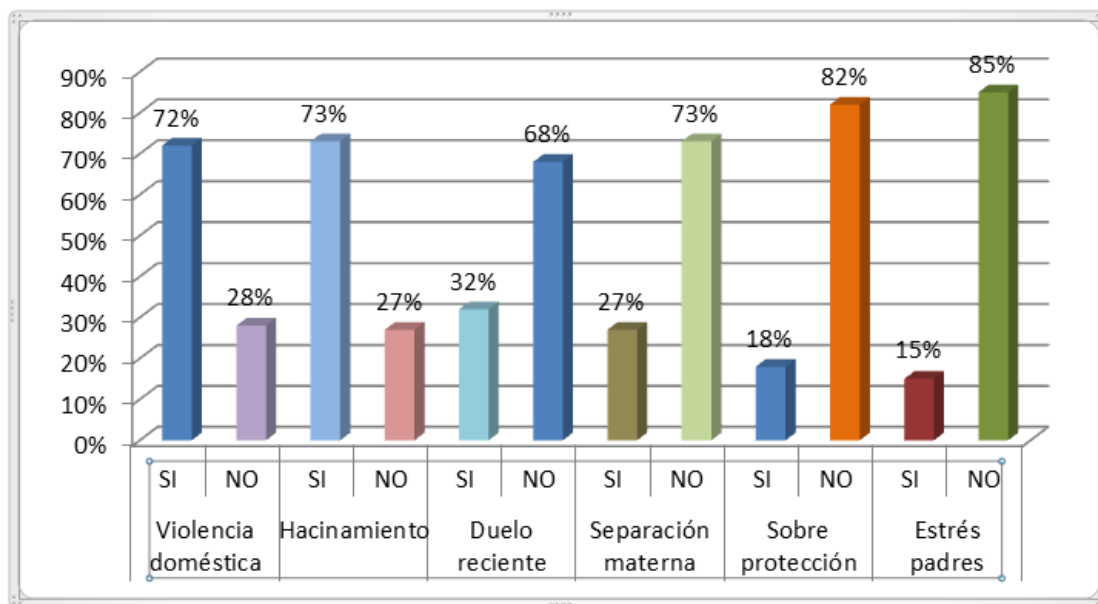


Fuente: Ficha epidemiológica

www.bdigital.ula.ve

La prevalencia de depresión no diagnosticada según factores de riesgo familiares, como lo es el tipo de familia está encabezado por la de tipo nuclear en el 41,8%, y en orden decreciente nuclear extendida 17,7%, monoparental 16,5%, reconstruida 15,2% y monoparental extendida en el 8,9%; en relación al sistema conyugal, el mayor porcentaje está representado por la unión estable en el 59,5% seguido de padres separados en el 40,5%; y por último, la relación que posee el padre con su hijo está constituido en primer lugar por una buena relación en el 44,3%, regular en el 32,9%, ninguna en el 12,7% y mala en el 10,1%.

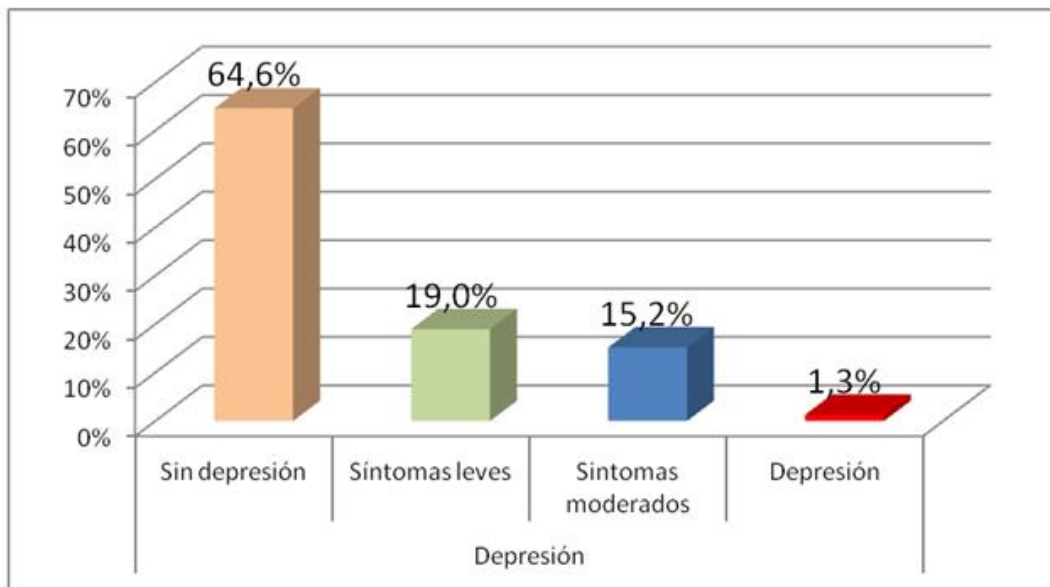
Gráfica 8 Prevalencia de depresión no diagnosticada según factores de riesgo familiares del niño
Departamento de Pediatría, Hospital Central de San Cristóbal, 2018



Fuente: Ficha epidemiológica

La prevalencia de depresión no diagnosticada según factores de riesgos familiares, en el que también se incluyen violencia doméstica evidenciando la presencia de la misma en el 72% de la población y su ausencia en el 28%; el hacinamiento existente en el 73% y ausente en el 27%; la existencia de duelo reciente está presente en un 32% de los niños a diferencia de su contraparte en un 68% no refirieron ningún tipo de duelo reciente, esta diferencia resulto estadísticamente importante ($p < 0,005$); un evento muy importante está dado por la separación materna evidenciándose en el 73% inexistente, pero presente en el 27%; la sobreprotección en esta población no se observa en el 82% pero si en el 18%; y por último, el estrés de los padres está presente en 15% y ausente en el 85%, lo cual resulto estadísticamente significativo ($p < 0,005$)

Gráfica 9 Prevalencia de depresión no diagnosticada según nivel de los síntomas
Departamento de Pediatría, Hospital Central San Cristóbal, 2018



Fuente: Cuestionario CDI

La prevalencia de depresión no diagnosticada según el nivel de los síntomas, evidencia que el 64,6% de los niños no presenta depresión, mientras que el 19% presenta síntomas leves, 15,2% síntomas moderados, y el CDI arroja que 1,3% de los pacientes de la muestra presentan cuadro depresivo no diagnosticado al momento del ingreso en las áreas de hospitalización.

CONCLUSIONES

En los niños también existen estados de ánimo, tipos de personalidad y trastornos afectivos que pueden estar presentes, e incluso hacer que el niño se deprima lo cual es una morbilidad que afecta la evolución de otras patologías, así como también podría afectar el rendimiento académico, así como las relaciones familiares y sociales. Tomando en cuenta los objetivos planteados para la siguiente investigación, se concluye lo siguiente:

- ✓ Se evidencia que la prevalencia de depresión no diagnosticada en el servicio de pediatría corresponde al 0,3% de todos los ingresos en el período de estudio marzo-junio de 2018.
- ✓ Con respecto a la sala de hospitalización se evidencia que hubo diferencia estadísticamente significativa para los niños hospitalizados en oncología pediátrica.
- ✓ Con respecto a los factores de riesgo personales para la depresión no diagnosticada resalta el tener familiares (padre, madre, tíos) con depresión; y personalidad introvertida en los niños estudiados.
- ✓ Con respecto a los factores de riesgo familiares destacaron la presencia de duelo o pérdida reciente y el tener padres ansiosos o estresados
- ✓ Clasificar los casos de depresión según el nivel de los síntomas, los casos de depresión no diagnosticada correspondió a 19% de niños con síntomas leves, 15% de niños con síntomas moderados y 1,3% con depresión franca.

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta que la depresión es un problema de salud subdiagnosticado que debe ser atendido y tratado, ya que es un factor de riesgo para otras patologías

Hay que indagar sobre determinantes o desencadenantes de depresión, tales como eventos emocionales inesperados, duelos, viajes, separación de familiares o de seres queridos, el rechazo en el grupo de pares, entre otras.

Al evidenciar que la depresión puede presentar síntomas leves, moderados y francos, se debe realizar si se hace el abordaje correspondiente ante la presencia de situaciones como: entorno familiar desorganizado o familia disfuncional, cuadro depresivo en los padres, enfermedades psiquiátricas en los padres, maltrato infantil y otros.

Determinar la prevalencia de depresión no diagnosticada en los pacientes que se hospitalizan en el servicio de pediatría será una investigación que permitirá poner en evidencia la realidad de la casuística

Se podría crear una línea de investigación de manera conjunta con el servicio de salud mental para ahondar y afinar más los conocimientos sobre el tema y hacer trabajos preventivos en las instituciones educativas para abordar las familias que por presentar alguna disfuncionalidad.

La depresión en la edad pediátrica, es un diagnóstico importante para que los pediatras y residentes del postgrado tomen en cuenta, en lo sucesivo, tanto en la anamnesis y evaluación de los pacientes, el estado de ánimo y síntomas de la esfera de la salud mental, y no solamente las patologías netamente biológicas.

REFERENCIAS

- 1- Bisquerra R. Psicopedagogía de las emociones. 2009. Madrid: Editorial Síntesis
- 2- Coleman, D. Inteligencia emocional. 2010. 25 edición. Madrid: Editorial Kairos
- 3- Organización Mundial de la Salud. Caring for children and adolescents with mental disorders. 2003. Ginebra: Publicaciones OMS. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf?ua=1
- 4- Célica D. Depresión en la infancia. Medicina Infantil [Internet]. 2005; 12(2):108-112. Disponible en: http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2005/xii_2_108.pdf
- 5- González P. y Rosales E. Depresión en niños hospitalizados y su relación con factores de riesgo [Tesis en línea]. 2015. Quito - Ecuador. Trabajo de grado para optar al título de médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Ecuador
- 6- Ramírez S. Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita. Revista de Especialidades Médico Quirúrgica [Internet]. 2013; 18(3):260-263. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/473/47328902016/index.html>
- 7- Velásquez, S. y Zuluaga L. Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer. Revista Duazary Universidad de Magdalena [Internet]. 2015; 12(2)164-173. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1474/862>
- 8- Pelaz, A, Bayón C, Fernández L. y Rodríguez P. Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. Revista Atención Primaria [Internet]. 2008; 10(40):617-625. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638709005>
- 9- Vinaccia S, Gaviria A, Aterhortua L, Martínez P, Trujillo C. y Quiceno J. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8-12 años. Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología [Internet]. 2006;2(1):217-227. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920203>
- 10- Cabrera L. y Jiménez A. Depresión infantil y rendimiento académico: Un estudio comparativo entre casos y controles. Revista de Investigación Educativa [Internet]. 1999;17(1):89-106. Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/view/122291/114931>
- 11- Ferrel F, Vélez J y Ferrel L. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe [Internet]. 2014. 2:35-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>
- 12- Leiva L, George M, Antivilo A, Squicciarini A, Siminsohn A, Bargas B. y Guzman J. Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. Psicoperspectivas [Internet]. 2015; 14(1):31-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242015000100004

- 13- Hernández E. La depresión infantil. Psicología online [Webmaster]. S/a: Valencia, España. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/infantil/depresion.shtml>
- 14- Tomâs J. Trastorno depresivo infantil. Psiquiatría- Paidopsiquiatría [Texto online]. 2012; Documentos del Centro Londres 94, Familiarnova Schola. Disponible en: www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf
- 15- Abello D, Cortés O, Barros O, Mercado S. y Solano D. Prevalencia de la depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. Tesis Psicológica [Internet]. 2014; 9(4):191-201. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1390/139031679015/>
- 16- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV TR) [Internet]. 2004. Barcelona: Masson. Disponible en: <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>
- 17- Martínez N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. Anales de Pediatría Continuada [Internet]. 2014; 12(6):294-299. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1696281814702070>
- 18- Gobierno de México. Secretaria de Salud. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf
- 19- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental [Webmaster]. 2012. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
- 20- Cárdenas E, Feria M, Vázquez J, Palacios L. y Peña F. Guía Clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [Internet]. 2010. México. Disponible en: http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_afectivos.pdf
- 21- Reus V. Harrison: Principios de Medicina Interna Vol. 1. Edición 2013. Madrid: Editorial McGraw Hill. Capítulo 318. Trastornos mentales: trastornos del estado de ánimo Pag. 1097- 1099
- 22- Acosta M, Mancilla T, Correa J, Saavedra M, Ramos F, Cruz J. y Durán S. Depresión en la infancia y adolescencia: Enfermedad de nuestro tiempo. Archivos de Neurociencia [Internet]. 2011; 16(1):20-25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>
- 23- Rodríguez A y Granada O. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. Revista clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2007; 1(6):270-276. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237025667_Trastornos_Depresivos_en_la_infancia_y_adolescencia
- 24- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades [Documento online] 2010; 10th edición revisada. Disponible en: <http://www.biblioteca.anm.edu.ar/icd.htm>

- 25- León M. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima. Revista Minds [Internet]. 2013; 1(1):27-44. Disponible en: ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/minds/article/download
- 26- Melo C. Sintomatología depresiva en niños trabajadores que asisten a escuelas públicas [Tesis en línea]. 2009. Lima-Perú. Trabajo de grado para optar al título de Licenciado en Psicología. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Universidad Católica del Perú. Disponible en: <https://issuu.com/jhonchungaconcha/docs/melo-vega-claudia-sintomatologia-de>
- 27- Arias, F. El proyecto de Investigación: Introducción a la investigación científica, 6ta Edición. Caracas: Editorial Episteme; 2012
- 28- Hernández S., R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 3ra edición. Madrid: Mc Graw Hill; 2006
- 29- Garcia, M, Ibañez, J. y Alvira, F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. 3º edición. Madrid: Alianza Universidad Textos, 2000.
- 30- Hernández M, Garrido M, López M. Diseños de estudios epidemiológicos. México: Ediciones Díaz de Santos, 2000

www.bdigital.ula.ve

Anexo: Instrumentos de recolección de datos

www.bdigital.ula.ve

FICHA DE EPIDEMIOLÓGICA

Datos sociodemográficos:

1. Edad: _____

2. Sexo: femenino ___ masculino ___

3. Procedencia:

Localidad: _____ Urbano ___ Rural

4. Estrato socioeconómico:

Estrato I ___ Estrato II ___ Estrato III ___ Estrato IV ___ Estrato V ___

Factores de riesgo personales:

5. Familiares con depresión: madre ___ padre ___ abuelos ___ tíos ___

6. El niño tiene déficit de HCG: SI ___ NO ___

7. Personalidad del niño: Introverso ___ Extroverso ___

Variables	Puntaje	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, (financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con prima completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin prima completa)
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Comercios o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciales o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Factores de riesgo familiares:

8. Tipo de familia:

Nuclear ___ Extendida ___ Monoparental ___ Monoparental extendida ___ Reconstruida ___

9. Los padres: viven juntos ___ divorciados/separados ___

10. En caso de separación, cómo es la relación hijo/padres Buena ___ Regular ___ Mala ___ Ninguna ___

11. Hay violencia doméstica:

Física: Golpes ___ Correaos ___ Pellizcos ___ cachetadas ___ otro ___

Verbal/Psicológica: Gritos ___ Regaños fuertes ___ Castigos ___ Amenazas ___ otro ___

12. Hacinamiento con 4 o más personas duermen en una habitación SI ___ NO ___

13. Pérdidas o duelo reciente: muerte familiar ___ muerte amigo ___ muerte mascota ___ pérdida de casa ___

Pérdida de algo ___ Mudanza ___ Otro ___

14. Separación materna: Ausente físicamente ___ Ausente psicológicamente ___ Muerta ___

15. Manifestaciones cariño: abrazos ___ besos ___ caricias ___ frases de cariño ___

16. Sobreprotección: SI ___ NO ___

17. Indiferencia: SI ___ NO ___

18. Padres estresados: Ansiosos ___ Apurados ___ Angustiados ___

Puntuación CDI: _____ puntos

Clasificación de la depresión:

Sin depresión ___ Síntomas leves ___ Síntomas moderados ___

Con depresión _____

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Edad: ____ años ____ meses. Sexo _____ Curso escolar _____

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

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 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 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.

www.bdigital.ula.ve