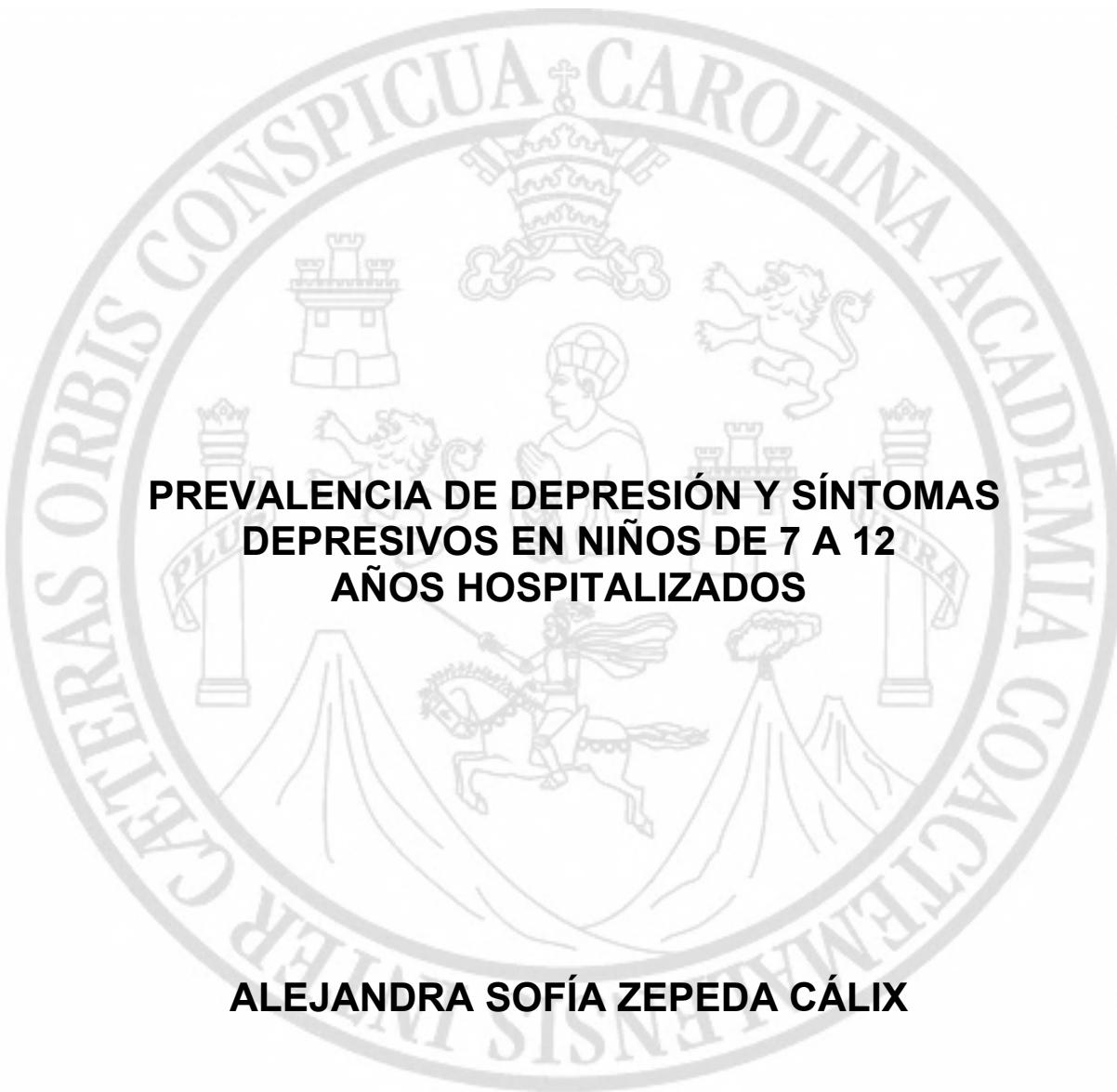


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 7 A 12
AÑOS HOSPITALIZADOS**

ALEJANDRA SOFÍA ZEPEDA CÁLIX

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Marzo 2022



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

ME.OL.147.2022

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Alejandra Sofia Zepeda Calix

Registro Académico No.: 201890520

No. de Pasaporte: E803615

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el trabajo de TESIS **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS HOSPITALIZADOS**

Que fue asesorado por: Dr. Rolando Lemus Rodas, MSc.

Y revisado por: Dra. Haida Nohemí Mendoza Arriaga, MSc.

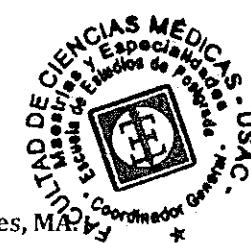
Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para Marzo 2022

Guatemala, 5 de noviembre de 2021.

Noviembre 15, 2021

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, M.A.
Coordinador General de
Maestrías y Especialidades



/disr

Guatemala, 1 de julio de 2021

Doctor

Edgar Rolando Vásquez Trujillo

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Hospital Nacional de Salud Mental, Doctor Federico Mora

Presente

Respetable Dr:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presentan la doctora **ALEJANDRA SOFÍA ZEPEDA CALIX**, Carné No.201890520 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula: "**Prevalencia de depresión y síntomas depresivos en niños de 7 a 12 años hospitalizados**"

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Alejandra Sofía Zepeda Calix ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

DR. ROLANDO LEMUS RODAS
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 12,134

Dr. Rolando Lemus Rodas MSc.
Asesor de Tesis

Guatemala, 1 de julio de 2021

Doctor

Edgar Rolando Vásquez Trujillo

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Hospital Nacional de Salud Mental, Doctor Federico Mora

Presente

Respetable Dr:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presentan la doctora ALEJANDRA SOFÍA ZEPEDA CALIX, Carné No.201890520 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula: "Prevalencia de depresión y síntomas depresivos en niños de 7 a 12 años hospitalizados"

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Alejandra Sofía Zepeda Calix ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dra. Haida N. Mendoza A

PSIQUIATRA
COL. 10,951

Dra. Haida Nohemí Mendoza Arriaga MSc.
Revisor de Tesis



DICTAMEN.UdT.EEP/099-2021
Guatemala, 05 de mayo de 2021

Doctor
Edgar Rolando Vásquez Trujillo, MSc
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Hospital Nacional de Salud Mental

Doctor Vásquez Trujillo:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final de la médica residente:

ALEJANDRA SOFÍA ZEPEDA CALIX

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, registro académico 201890520.
Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS HOSPITALIZADOS”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Responsable
Unidad de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin ..

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES	9
2.1 Depresión Infantil:	9
2.2 Epidemiología:	10
2.3 Factores de Riesgo	13
3.3. Depresión y Enfermedad Física.....	17
III. OBJETIVOS:.....	21
3.1 Objetivo General	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
IV. MATERIAL Y MÉTODO.....	22
4.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	22
4.2 Unidad de Análisis	22
4.3 Población y Muestra.....	22
4.4 Selección del Sujeto de Estudio.....	23
4.5 Definición y operacionalización de Variables	24
4.6 Técnicas.....	27
4.7 Procesos	27
4.8 Instrumento	28
4.9 Procesamiento y Análisis de Datos.....	29
4.10 Aspectos Éticos de la Investigación	31
4.10.1Categoría de Riesgo	32

V. RESULTADOS:	33
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:	40
6.1. Conclusiones.....	46
6.2 Recomendaciones:	47
VII. Bibliografía.....	48
VIII. Anexos.....	54
Anexo No.1 Consentimiento para Padres para la Participación en la Investigación a realizar:	54
Anexo No. 2 Formulario de Asentimiento Informado para Niño:	56
Anexo No.3 Instrumento de Evaluación: Children Depression Inventory	58

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes en el adulto. En muchas ocasiones, este trastorno inicia en la niñez. Hay eventos estresantes en esa etapa que pueden desencadenar depresión. Eventos como la enfermedad física, que se considera un factor de riesgo, los tratamientos médicos invasivos y un ambiente desconocido.

Por esa razón me pareció importante realizar este estudio. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de depresión y síntomas depresivos en niños, caracterizar al paciente que presenta un trastorno depresivo, determinar los síntomas depresivos más comunes y saber si hay alguna relación entre el trastorno depresivo y el sexo, tipo de enfermedad, sala y el tiempo de hospitalización. Se realizó un estudio observacional, descriptivo longitudinal de asociación cruzada en 97 niños entre los 7-12 años de edad hospitalizados en las salas de cirugía y medicina pediátrica del Hospital Roosevelt. Se utilizó la escala Children Depression Inventory, llenada a modo de entrevista por cada paciente. Los resultados más importantes fueron que 8 de cada 10 niños presentaban algún tipo de síntoma depresivo y 1 de cada 4 tenía un trastorno depresivo, la mayoría de los niños que presentaban un trastorno depresivo tenían 7 años de edad, de sexo masculino, padecían enfermedad crónica y tenían menos de 15 días de estadía intrahospitalaria. Los síntomas depresivos más prevalentes fueron: alteración del sueño y pensamientos de preocupación, inutilidad y/o culpa. Se encontró una asociación no causal entre la presencia de enfermedad crónica y el trastorno depresivo.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es la causa más importante de discapacidad en el mundo. Según las últimas estimaciones mundiales obtenidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, se determinó, que la proporción de la población mundial con depresión es de 4,4%; también se pudo observar que la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). (1)

Un tercio de la población mundial está por debajo de los 18 años. (2) Información importante ya que en datos prospectivos recolectados en estudios durante la niñez y en estudios retrospectivos en adultos, demostraron que una proporción significativa de los trastornos mentales en adultos iniciaron durante la niñez. (2) Las enfermedades mentales que causan más discapacidad en las personas entre los diez y los veinticuatro años de edad son: Depresión Unipolar que genera 8.2% de años de vida ajustados por discapacidad, Esquizofrenia 4.1%, Trastorno Afetivo Bipolar 3.8%. (2) Nuevamente, se menciona a la depresión como primer causa de discapacidad en este grupo de edad.

Hay una amplia diferencia en prevalencias estimadas entre los países de alto ingreso y los de bajo y mediano ingreso. Aun así, las encuestas estiman que un 10-20% de los niños y adolescentes tienen al menos un trastorno mental diagnosticado según los criterios del Manual de Diagnóstico de Desórdenes Psiquiátricos (DSM-V) o el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10). Otras fuentes de literatura mencionan que, la prevalencia de trastornos mentales en población entre los 5-15 años se encuentra entre el 12-29%. (3)

Numerosos estudios independientes demuestran que un episodio depresivo puede presentarse a muy temprana edad, se han encontrado casos de niños de 3 años que padecen este trastorno. La depresión se presenta con una prevalencia de 2-8% entre

niños de edad preescolar y pre-puberal con un pico de incidencia en la pubertad. sin diferencia entre género. En la adolescencia, la prevalencia del trastorno depresivo se incrementa de forma significativa y se presenta casi dos veces más en mujeres que en hombres. (4)

El trastorno depresivo puede ser autolimitado y los pacientes pueden recuperarse sin secuelas de un primer episodio depresivo, sin embargo, un 40 -70% de los jóvenes presentarán recurrencias o recaídas en un periodo de tiempo entre 3-5 años. (5) Un tercio de ellos tendrán intento autolítico y 3-4% de ellos morirán por suicidio. (4)

En Guatemala la prevalencia de depresión es del 3.7%. Según estimaciones de la OMS, aproximadamente 580,994 personas padecen de esta enfermedad. (1) Esto genera alrededor de 102,887 años vividos con discapacidad, generando un problema a nivel de país, pues repercute en las horas productivas del sujeto. Si consideramos la información antes expuesta en la que se menciona que muchas de las personas que presentan enfermedades mentales, en este caso, depresión; pudieron haberse detectado con antelación, en la etapa de la infancia, podrían tomarse medidas tempranas de detección para llevar a cabo una intervención eficiente.

Para un niño, estar dentro de las salas de un hospital puede ser una experiencia que genere mucha ansiedad. Los procedimientos dolorosos, la misma enfermedad que padecen, el ambiente no familiar y sentirse aislados y lejos de su familia puede causarles sentimientos de miedo, ansiedad y tristeza. (6) Estas circunstancias pueden repercutir en la evolución de la enfermedad del niño, en su respuesta al tratamiento y tiempo de hospitalización; pudiendo tener efectos perjudiciales en el futuro. (6)

Los niños a los 6 meses ya tienen memoria de dolor, ocasionada por procedimientos terapéuticos y a la edad de 3 años los niños ya tienen recuerdos exactos de experiencias

previas relacionadas con eventos y procedimientos dolorosos. (6) Para la edad de 7 años ya podrían encontrarse repercusiones del evento traumático y detectarse síntomas de un trastorno o un episodio depresivo con más de claridad. Si consideramos que, una hospitalización puede ser un factor estresante para un niño, también se consideraría como un factor de riesgo para el inicio de un trastorno mental.

La depresión es un problema de salud pública, posicionándose como cuarta causa de discapacidad en el mundo (1) y un aproximado del 3% de la población infantil y 6% de la población adolescente presenta trastorno depresivo y menos del 50% de los pacientes pediátricos con depresión reciben atención psiquiátrica, repercutiendo de forma negativa tanto en la salud del individuo, su calidad de vida y en la economía personal, familiar y del país al que pertenece.

Es importante que el médico sepa identificar los síntomas tempranos de la depresión, establecer y ejecutar un plan de intervención en estos niños y así evitar la aparición de recaídas y las recurrencias de la enfermedad. Esto podría aminorar la aparición de trastornos mentales en la niñez, que a lo largo del tiempo persistan hasta la edad adulta. Por esta razón, es de relevancia la atención psiquiátrica temprana en niños en riesgo de presentar una enfermedad mental

Los pacientes pediátricos hospitalizados tienen un riesgo 4 veces más alto de padecer trastornos afectivos. Es por esta razón que se considera trascendental poder detectar síntomas con anticipación y dar tratamiento a tiempo y que sea el adecuado.

La información acerca de la depresión en niños es muy escasa, no hay estudios realizados actuales que nos revelen datos de la situación emocional/afectiva/mental de los niños en Guatemala. Tampoco se han realizado estudios para la identificación de síntomas depresivos y/o trastornos depresivos en niños hospitalizados en salas pediátricas.

Es fundamental identificar si la hospitalización de los niños podría ser un factor desencadenante de trastorno mental, como depresión; determinar si hay una asociación entre el tipo de patología ya sea aguda o crónica y la presencia de trastorno depresivo o síntomas depresivos, si el tiempo de hospitalización está relacionado con síntomas depresivos como disforia o autoestima negativa, cuáles son los síntomas depresivos más comunes en los niños hospitalizados y la prevalencia del trastorno depresivo en ellos.

Al tener la información de forma objetiva y de acuerdo con los resultados obtenidos, se podrían sugerir intervenciones como la creación e implementación de programas de capacitación para el personal que labora en las salas pediátricas del Hospital Roosevelt y en los diferentes hospitales regionales, que les permita reconocer síntomas indicativos y sugestivos de depresión y que el paciente tenga la evaluación e intervención necesarias.

II. ANTECEDENTES

2.1 Depresión Infantil:

La Depresión en los niños y adolescentes puede identificarse utilizando los criterios descritos en el DSM V al igual que en los adultos. (7) La depresión infantil está caracterizada por tristeza persistente y generalizada, anhedonia, aburrimiento o irritabilidad que hace de los niños disfuncionales.” (8) La irritabilidad es una característica importante y en esta población se considera un criterio mayor para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor. Se puede considerar que la irritabilidad podría sustituir al ánimo depresivo en niños y adolescentes. (7)

Muchos de los niños que cursan con un trastorno depresivo presentarán ánimo depresivo 58%, combinación de ánimo depresivo e irritabilidad 36% y raramente se observa solo irritabilidad 6%. (7) Hay una diferencia importante que ayuda a distinguir el trastorno depresivo de un episodio de tristeza reactivo no patológico en el niño y el adolescente y es la presencia o no de disfuncionalidad. (8)

En el lado menos severo del espectro, se encuentran los trastornos adaptativos con afecto deprimido, que son episodios con síntomas depresivos leves que se presentan por tiempo limitado y que ocurren como consecuencia de un estresor (8). Otras formas de depresión pueden presentarse por tiempo cuantificado suficiente (por lo menos dos semanas) y disfuncionalidad, pero con menor cantidad de síntomas en comparación con un trastorno depresivo mayor, a lo que se denomina depresión menor o sub-sindrómica. Esta se diagnostica por la presencia de ánimo deprimido, anhedonia o irritabilidad y hasta 3 síntomas de depresión mayor. (9)

El trastorno depresivo persistente o distimia, es una condición de depresión crónica con menos síntomas que un trastorno depresivo mayor, pero éste tiene una duración de al menos un año. (9)

Un trastorno depresivo mayor requiere de un mayor número de síntomas, como por ejemplo ánimo triste o irritable, anhedonia, con al menos cinco de los siguientes síntomas: aislamiento social, sentimiento de minusvalía, sentimientos de culpa, ideas de muerte, ideación, planeación o intento suicida, aumento o disminución de sueño, aumento o disminución del apetito. Raramente se pueden encontrar síntomas psicóticos en paciente jóvenes tales como, alucinaciones auditivas, o delirios que generalmente son degradantes, paranoides o de contenido depresivo. (9) (8)

2.2 Epidemiología:

Los niños y adolescentes que se encuentran entre los 5 y 17 años de edad constituyen casi un cuarto de la población a nivel mundial. Más del 85% de esta población se concentra en países de bajo y mediano ingreso. Según los datos obtenidos de la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), la población infantil y adolescente representa el 34,5% de la población total de América Latina y el Caribe. (10)

Datos proporcionados por las Naciones Unidas predice que para el año 2030 la población de Guatemala menor de 18 años será de aproximadamente 8 millones de personas (11), dato que está relacionado con información obtenida por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en donde mencionan que para el 2050 aproximadamente el 35% de la población serán menores de 18 años. (12) Estos datos son de importancia ya que al aumentar la población dentro de este rango de edad, aumentan las probabilidades de que podamos encontrar más niños padeciendo algún trastorno psiquiátrico.

Hay poca información acerca de la prevalencia de las enfermedades mentales en niños de edades comprendidas entre los 5-17 años. (13) La prevalencia de depresión en niños

en edad pre-puberal según la “National Comorbidity Survey” encuesta realizada en Estados Unidos es de más o menos un 1% al 2%. (14) Es importante obtener información acerca de los trastornos mentales que aquejan a niños y adolescentes, ya que esta información es requerida para obtener datos epidemiológicos precisos y de esta manera brindar los de recursos necesarios para la atención adecuada en los lugares que lo ameriten.

Se han realizado revisiones sistemáticas desde el 2010 para investigar la calidad y la cantidad de datos epidemiológicos que han sido recopilados a nivel mundial en lo que concierne a los trastornos de salud mental en niños y adolescentes. Los datos más recientes fueron obtenidos en el año 2013 en donde se analizó la cobertura de la prevalencia de trastornos mentales por nación región y a nivel mundial se investigó acerca de 6 trastornos psiquiátricos presentes en niños de 5-17 años que fueron: Trastornos de la Conducta, Trastorno por Hiperactividad y Déficit de Atención, Trastornos del Espectro del Autismo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos Ansiosos y Trastornos Depresivos. El estudio reveló que la cobertura de datos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales antes mencionados es solamente del 6.7%. (13) La cobertura de datos acerca de la prevalencia de los seis trastornos mentales investigados era muy escasa e inconsistentes en los países de bajos y medianos ingresos y esto incluye los países de América Central. En la región de América Central la cobertura de datos acerca de la prevalencia de la depresión es de aproximadamente 1.8% (13)

Otra literatura refiere que, estudios epidemiológicos en los cuales se utilizó la entrevista clínica como medio de obtención de la información, demostraron que la taza de depresión en niños y adolescentes es de 2-8%, en los cuales se presenta un alto grado de recurrencia un 40-70% de los jóvenes presentaron una recaída y la recurrencia del episodio en 3-5 años. (15) Un 2% correspondería a la tasa de depresión en niños y de

un 4% a un 8% correspondería a las tasas de depresión en adolescentes. Con una relación de hombres mujeres de 1:1 durante la niñez y de 1:2 durante la adolescencia. (15)

Las tasas de depresión en niñas en comparación con los niños al momento de la pubertad pudieran ser causado por el aumento del estradiol y la testosterona, las tasas elevadas de trastornos ansiosos en este grupo de niñas y la tendencia a la rumiación; juegan un papel importante en la predisposición al aparecimiento de depresión. (16)

Para apoyar el diagnóstico de depresión existen diferentes escalas que son utilizadas para la medición de síntomas depresivos en niños y adolescentes entre las más utilizadas se encuentran: Children Depression Inventory (CDI), Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies Scale (CES-D), Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS). Dentro de éstas las más utilizadas a nivel mundial son las BDI y la CDI.

La escala de CDI es la versión creada para niños y adolescentes entre los 7-17 años, a partir de la Escala de Depresión de Beck. La escala es un reporte personal que consta de 27 ítems con 3 posibles respuestas. Toma un tiempo aproximado de 10-20 minutos para ser completada y evaluada. El rango de puntaje es de 0-54 puntos. Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el niño de acuerdo a las puntuaciones obtenidas: La ausencia del síntoma (respuesta A) equivale a 0, síntoma en forma leve (respuesta B) es igual a 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2.

El punto de corte es 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión.

La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas (17)

Ha sido utilizada ampliamente en el campo de la investigación y es una de las escalas más usadas y estudiadas en depresión infantil. Está estructurada en base a cinco

factores de importancia. La validación y la confiabilidad de la escala está considerada como buena, al igual que su sensibilidad. (17)

2.3 Factores de Riesgo

Así como en la población adulta, el desarrollo del trastorno depresivo en niños y adolescentes no puede ser atribuido a una sola causa. Diversos estudios han identificado múltiples factores involucrados en la aparición del trastorno depresivo. Es necesario pensar en un modelo integrativo en el que se tomen en cuenta factores neurobiológicos, cognitivos, interpersonales y los factores genéticos. (7)

- Genéticos:

Estudios realizados en gemelos monocigóticos han demostrado que la depresión tiene un componente hereditario de 40% al 65% con porcentajes mayores estimados en la adolescencia en contraste con los pacientes en edad pre-puberal. (18) (19)

Los estudios en familias demuestran que los hijos que nacen dentro de familias depresivas tienen de 2 a 4 veces más riesgo de presentar depresión, si hay depresión en familiares de primer grado. (20) Lo que demuestra que solo con el hecho de que el niño tenga familiares directos que padecen de depresión, los hace tener un factor predisponente importante para padecer un trastorno depresivo. El trastorno depresivo en las familias también es un factor predisponente para una edad de inicio más temprana y de recurrencia durante la edad adulta. (7) Afecta a niños hasta la tercera generación, 59.2% de los niños que son nietos de personas que padecen de trastorno depresivo también la van a padecer. El curso de la enfermedad tiende a ser más continuo y severo. (19)

Los hijos de madres que padecen depresión son más propensos a padecer trastornos afectivos y problemas de la conducta. Estos niños presentan niveles más altos de emocionalidad negativa y baja emocionalidad positiva, ambas características están relacionadas con el desarrollo de la depresión. (7)

Se conocen otras teorías que han sido investigadas acerca de fenotipos encontrados que también pueden ser relacionados con la aparición de depresión, entre ellos, niveles aumentados de cortisol diurno.

Muchos estudios, en la actualidad se han centrado en el estudio de las madres de niños depresivos y aun la relación no queda clara. Uno de estos estudios concluyó que la presencia del trastorno depresivo en la historia personal de la madre es un factor predictor, de no solo la posible aparición de depresión en sus hijas, sino también los niveles de cortisol diurno encontrado en ellas.

Este hallazgo es importante porque hay muchos estudios en la actualidad que concuerdan que, un desequilibrio en la regulación del cortisol en niños y adolescentes puede ser, también un factor de riesgo para la aparición de depresión. La hipercortisolemia puede ser un marcador de riesgo de padecer depresión. (21) Hay evidencia que demuestra que la propensión a padecer depresión es cotransmitida junto con síntomas ansiosos con un porcentaje de heredabilidad de 61-65%. (16)

- Sesgo Cognitivo:

Los individuos depresivos tienen la tendencia de tener una visión negativa de su persona, del futuro y del mundo. Las personas que no han presentado un episodio depresivo que comparten este tipo de visión están más en riesgo de presentar sintomatología depresiva en situaciones de estrés. (22) Cabe mencionar, que cuando este tipo de vulnerabilidad cognitiva se presenta en conjunto con situaciones específicas de estrés los niños y

adolescentes están en un mayor riesgo de desarrollar depresión. La asociación que existe entre la vulnerabilidad cognitiva y la depresión se hace más importante con el paso del tiempo. (7)

Otra característica observada en los niños y adolescentes depresivos son: las alteraciones en el procesamiento cognitivo, como, por ejemplo, la inhibición del afecto negativo en situaciones de estrés y disminución en la memoria autobiográfica. (22) La vulnerabilidad cognitiva en los niños y adolescentes también está relacionada con factores como la depresión materna. (23)

- Familia y Ambiente:

Estudios realizados en gemelos demuestran que el efecto de un ambiente compartido es casi igual de importante que los factores hereditarios. La depresión en los padres o cuidadores de los niños o adolescentes puede generar un efecto deletéreo en la estabilidad afectiva del niño, no solo de forma hereditaria sino también, por la vía del modelamiento cognitivo. (24)

Otros factores en el ambiente familiar que pueden predisponer al niño para presentar un trastorno depresivo son: conducta criminal de uno de los padres o cuidadores, uso y abuso de sustancias por parte del padre o cuidador, falta de cohesión y adaptabilidad familiar, o discordias entre padre e hijo, esto puede generar un riesgo aún más elevado en familias con antecedentes psiquiátricos de depresión. La desatención, abandono y el abuso físico, emocional o sexual del niño aumentan el riesgo no solo de presentar depresión sino también predisponen al abuso de sustancias, trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático y suicidio. El duelo por el fallecimiento de un hermano, alguno de los padres, del cuidador o un amigo cercano, aumenta el riesgo para depresión. (8)

Aquellos niños y adolescentes que han sido víctimas de maltrato emocional o físico por parte de otros niños, o los mismos niños que maltratan a otros, tienen también un riesgo elevado a padecer de depresión; mediado por el aumento de una cognición negativa de su persona. (25)

- Regulación Emocional:

La regulación emocional es la habilidad de moderar las respuestas emocionales en las diferentes situaciones que se presentan, esto es un factor importante que puede predisponer a presentar depresión. (8) Esta está intrínsecamente relacionada con el desarrollo y tiene cambios importantes durante las diferentes etapas del desarrollo, especialmente durante la adolescencia. (26) Hacia la mitad de la infancia entre los 6-12 años hay avances neurológicos que le permiten al niño el desarrollo de las funciones ejecutivas que le facilitan concientizar acerca del manejo de las emociones. Durante la adolescencia entre los 13-18 años el desarrollo neurobiológico se manifiesta mediante el uso de técnicas cognitivas y conductuales. (26) La regulación emocional con patrones disfuncionales juegan un rol de importancia en los trastornos tanto depresivos como ansiosos. (26)

- Neurobiología y Otros Factores Biológicos:

Anomalías funcionales y estructurales también forman parte de los factores de riesgo para la aparición de la depresión. (16) Aun no se ha identificado una región específica en el cerebro que esté directamente vinculada con la depresión. Hay pocos estudios en niños y adolescentes acerca de este tema.

Factores neuroendócrinos como la relación del eje hipotálamo-hipófisi-adrenal (HHA) con el trastorno depresivo se ha estudiado en varias ocasiones sin embargo, hasta hace algunas décadas es que se ha empezado a estudiar esta relación en niños y

adolescentes. En general, los estudios realizados concluyen que hay una hiperreactividad del eje HHA en individuos con trastorno depresivo. (7) Este eje HHA es el responsable de la respuesta al estrés y demanda del organismo y puede ser un mediador para el desarrollo de trastorno depresivo.

Las alteraciones en el patrón del sueño también deben tomarse en cuenta en la manifestación de síntomas y trastornos depresivos. Con relación al sueño, estudios de laboratorio han reportado que el hallazgo más relevante encontrado asociado con la aparición de depresión es un aumento en la fase de latencia del sueño, el insomnio tiene una relación cercana con el inicio y exacerbación de los síntomas depresivos. (27)

- **Enfermedad Médica:**

La mitad de los niños que son diagnosticados con enfermedad física se presentan positivos en el cribado para trastorno mental según reportes de los cuidadores y 1 de cada 5 niños son positivos en el cribado que se les realiza de forma personal. (28) Las enfermedades que involucran al sistema nervioso central como la epilepsia, (29) enfermedades que involucren procesos inflamatorios importantes como asma bronquial o enfermedad intestinal inflamatoria, el tratamiento para enfermedades crónicas, aquellas que deben ser tratadas con agentes inmunoreguladores como los esteroides o el interferón, también son factores de riesgo importantes para la depresión. Adicionalmente a los tratamientos y enfermedades crónicas que padezca el niño, se debe tomar en cuenta que el padecimiento de estas enfermedades interfiere también con la habilidad de el niño a formar parte de conductas o actividades que promuevan un estado de ánimo positivo.

3.3. Depresión y Enfermedad Física

Una enfermedad crónica se define como una enfermedad que tiene una duración de tres meses o más, afecta la actividad física normal de los niños, requieren de visitas al

hospital y hospitalizaciones en múltiples ocasiones. Las enfermedades crónicas tienen tres características importantes: tiene una duración prolongada, no resuelven de forma espontánea y rara vez pueden curarse en su totalidad. (30)

Hay resultados en estudios que apoyan el precepto de que los niños presentan trastornos mentales con mayor frecuencia cuando estos padecen de una enfermedad física. (28) En un estudio del 2018 se encontró que las enfermedades físicas comórbidas existen a través de los diferentes trastornos mentales y esto es independiente de las características sociodemográficas del niño como la severidad de la enfermedad y la calidad de vida. (31) Habrá quizás una relación bidireccional entre la enfermedad física crónica y el trastorno mental.

La Entrevista Nacional de la Salud Infantil reportó que en Estados Unidos de los 17000 niños que participaron en la entrevista 5% padecían 2 o más enfermedades crónicas y menos del 1% de los niños padecían 3 o más patologías crónicas. Se concluyó que los niños que tenían una enfermedad crónica presentaban mayor riesgo de tener problemas de conducta o internalización. Hay una asociación particularmente fuerte entre la enfermedad física y síntomas internalizantes. (30) Un meta análisis en el 2011 reportó un aumento en síntomas depresivos en jóvenes con enfermedad crónica en comparación a aquellos que no tenían una comorbilidad física crónica, con un efecto mayor en mujeres. (30) La tasa de trastornos psiquiátricos en niños con enfermedad crónica es cuatro veces mayor en comparación a niños que no las presentan. (32) La presencia de enfermedad física y trastorno mental tiene efecto deletéreo en la calidad de vida del niño (28).

Algunas de las enfermedades físicas crónicas que están relacionadas con la aparición de síntomas psiquiátricos y que han sido estudiadas en niños son epilepsia que se asocia a la presencia de trastornos mentales múltiples y más severos en comparación con aquellos niños que no presentan epilepsia. Los trastornos mentales que más se

presentan en pacientes con epilepsia son: depresión, ansiedad, trastorno por hiperactividad y déficit de atención y trastornos disruptivos de la conducta. (33) asma (34), diabetes que está relacionada con la presencia de trastorno depresivo mayor y síntomas depresivos subclínicos. La prevalencia de síntomas depresivos subclínicos es mayor en niños diabéticos y están asociados a una respuesta terapéutica pobre. La sintomatología depresiva subclínica es más común en pacientes con Diabetes Mellitus de tipo I pero la prevalencia de síntomas depresivos es 2 veces mayor en niños que padecen Diabetes mellitus de tipo II. (35) También se han estudiado los síntomas depresivos en niños con enfermedad renal crónica, la depresión en estos pacientes tiene una prevalencia de 10-35%, la presencia de síntomas depresivos o depresión en estos niños disminuye su calidad de vida, pobre adherencia al tratamiento y una peor evolución del cuadro. (36) alergias a alimentos, artritis reumatoide juvenil (ARJ). (30) Un estudio realizado en el 2016 concluyó que 70% de los pacientes que presentan ARJ también presentan trastornos de internalización en comparación a un 1 8% del grupo control. También presentaron tasas más elevadas para trastornos depresivos trastornos de ansiedad y quejas somáticas. Esto se traduce en niños disfunción en el ámbito social, académico, y personal. (37)

Niños que presentan un padecimiento físico crónico se enfrenta a una situación en la cual requiere mecanismos de adaptación adecuados, también son necesarios procesos evolutivos, cognitivos y conductuales que le ayuden a responder de forma adecuada a la situación en la que se encuentra. Estos niños y adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar trastornos de tipo conductual, social o emocional. (38) Hay muy pocos estudios realizados acerca de la evaluación de síntomas psiquiátricos en pacientes pediátricos con enfermedad física crónica. (27)

Los síntomas psiquiátricos, tienen un impacto grande en la calidad de vida del niño o el adolescente, en su estabilidad emocional, su conducta y su funcionamiento social. La

salud mental ha demostrado tener una influencia importante sobre el manejo y las consecuencias médicas de la enfermedad física. (39)

En cuanto a los niños y adolescentes con enfermedad crónica que han sido hospitalizados, debe tomarse en cuenta que la hospitalización es una situación que causa estrés en especial a los niños más jóvenes. La enfermedad y los procedimientos médicos que se les practican, el ambiente desconocido para ellos, y el sentimiento de aislamiento de sus familiares puede generarles ansiedad, miedo y tristeza. Incluso puede hacer sus molestias y su dolor más severo. (6)

El tratamiento de los niños con enfermedades crónicas con síntomas o condiciones psiquiátricos son considerados de difícil manejo. No se les da la atención requerida a los síntomas psiquiátricos en este tipo de pacientes, aunque debería ser priorizado. (32) Los médicos que con frecuencia atienden a estos pacientes no están siendo entrenados para atender situaciones como éstas y esto repercute en que los niños no están teniendo atención psiquiátrica necesaria. En los niños y adolescentes con depresión, la comorbilidad que se presenta con más frecuencia es la ansiedad que puede ser comúnmente un precursor de trastornos del ánimo y coexistir junto a la depresión. (8)

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Definir la prevalencia de trastorno y síntomas depresivos en pacientes pediátricos de 7-12 años hospitalizados en las salas de medicina y cirugía pediátrica del Hospital Roosevelt de octubre 2019 a enero 2020.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterización del paciente con trastorno depresivo respecto a edad, sexo, tipo de enfermedad y tiempo de hospitalización y sala de hospitalización.
- Determinar los síntomas depresivos más predominantes en la población a estudiar.
- Determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre el trastorno depresivo y: sexo, tipo de enfermedad, tiempo de hospitalización y sala de hospitalización.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

- Estudio Observacional: Descriptivo, longitudinal de asociación cruzada

4.2 Unidad de Análisis

- Unidad Primaria de Muestreo fueron los pacientes pediátricos de 7 a 12 años hospitalizados en las Salas de Medicina y Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt en la Ciudad de Guatemala.
- Unidad de Análisis: Datos epidemiológicos, diagnóstico clínico y respuestas registradas en el Inventory de Depresión para niños
- Unidad de Información: Pacientes entre 7-12 años hospitalizados en salas de Medicina y Cirugía Pediátrica que cumplían con los criterios de inclusión.

4.3 Población y Muestra

- **Población o Universo:** Pacientes hospitalizados en las Salas de Medicina y la Sala de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt entre octubre 2019 y enero 2020.
- **Marco Muestral:** Pacientes ingresados a las salas de Medicina y Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt, durante el tiempo que fue realizado el estudio.
- **Muestra:** Probabilística de muestreo simple, aleatorio con el listado de pacientes ingresados en cada sala cuya edad comprendía de los 7 a los 12 años.

Se utilizó un cálculo de muestra para población de la siguiente forma:

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

Donde:

n = tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población= 200

Z = Valor de Z crítico, con nivel de confianza 10% (1.645)

S² = 0.5

d = 99% (0.001)

La muestra a estudiar fue de 97 pacientes.

4.4 Selección del Sujeto de Estudio

- **Criterios de Inclusión:**

Niños y niñas que acepten participar en el estudio de forma voluntaria y que firmen o registren su huella digital en el consentimiento informado.

Autorización del encargado o familiar del niño que desee participar en el estudio que firmen o registren su huella digital en el consentimiento informado para padres.

- **Criterios de Exclusión:**

Paciente con diagnóstico previo de trastorno depresivo.

Paciente con discapacidad intelectual que le impida contestar la entrevista.

Paciente con hipotiroidismo

Paciente que no hable español

4.5 Definición y operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición		Unidad de Medida
				Escala de Medición	Unidad de Medida	
Edad	Estado de desarrollo corporal semejante, desde el punto de vista de los exámenes físicos y de laboratorio a lo que es normal para un hombre o mujer con el mismo tiempo de vida cronológica.	Edad en años cumplidos al día de la entrevista	Numérica discreta	Razón	0= 7 años 1= 8 años 2= 9 años 3= 10 años 4= 11 años 5= 12 años	
Sexo	Condición orgánica que distingue de los hombres y mujeres	Autoconcepción de la identidad sexual del paciente durante la entrevista.	Categórica dicotómica	Nominal	0= Masculino 1= Femenino	
Sala de Hospitalización	Es el servicio destinado a la permanencia de pacientes para su diagnóstico,	Sala en la que el paciente se encuentra hospitalizado al momento de la entrevista.	Cualitativa Nominal	Razón	0= Sala de Medicina Pediátrica 1= Sala de Cirugía Pediátrica	

	recuperación y/o tratamiento				
Tipo de Enfermedad: Crónico no crónico	Proceso inferencial, realizado a partir de un «cuadro clínico», destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. (40) Enfermedad Crónica: Enfermedad que no es transmitida de persona a persona, de larga duración y progresión lenta. (41)	Proceso Patológico que presenta el paciente por el cual ha sido hospitalizado al momento de la entrevista si es crónico o no crónico	Cualitativa nominal	Razón	0= Enfermedad no crónica 1= Enfermedad crónica
Tiempo de Hospitalización	Periodo de tiempo en el cual una persona permanece ingresada en la sala de hospitalización para recibir el tratamiento y atención necesario.	Tiempo que tiene el paciente ingresado en la sala de hospitalización el paciente al momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	Nominal	0= menos de 15 días 1= más de 15 días

Puntuación Escala CDI		Puntaje obtenido por el paciente al momento de realizar la evaluación	Cuantitativa discreta	Razón	0= <19 puntos Sin depresión 1= ≥19 puntos con Depresión
Disforia	El estado de ánimo disfórico es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.	La dimensión de Disforia es evaluada: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estado de ánimo depresivo: 1,10,14,20,25, 26, 27 ○ Anhedonia: 4,12,15,21 ○ Hipo/Hiperfagia:18 ○ Alteración en el sueño: 16 ○ Fatiga o perdida de la energía:17 	Cuantitativa discreta	Razón	0 = 0 sin disforia 1= >1 con disforia
Autoestima negativa	Las ideas de autodesprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentándose	La dimensión de Autoestima Negativa es evaluada: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sentimientos de inutilidad/culpa/preocupación: 2,3,5,7,8,11,19,22,24 ○ Pensamiento de muerte/ideación suicida: 6,9 	Cuantitativa Discreta	Razón	0= 0 sin autoestima negativa 1= >1 con autoestima negativa

	ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de casa.			
--	--	--	--	--

4.6 Técnicas

Se recolectaron datos a través del instrumento que se eligió para el estudio: Inventario de Depresión en Niños (CDI).

4.7 Procesos

Para la recolección de datos del estudio, se realizaron los siguientes pasos:

- Se solicitó la autorización del comité de Evaluación y Ética del Hospital Roosevelt para poder realizar la investigación en dicho hospital.
- Se obtuvo la autorización para la realizar el trabajo de campo por parte del Comité de Evaluación y Ética del Hospital Roosevelt.
- Se seleccionó de forma aleatoria cada sábado y cada domingo alternando de día en cada semana durante la jornada vespertina 3 camas de la sala de medicina pediátrica y 3 camas de la sala de cirugía pediátrica; intercalándose una semana camas pares y la siguiente semana camas impares.
- Se verificaron los criterios de inclusión y exclusión.
- Si alguno de los criterios anteriores no se cumplía se escogió la siguiente cama en el orden aleatorio establecido.
- Se solicitó la autorización de los padres o encargados del paciente para poder aplicar el instrumento.
- Se solicitó el asentimiento del paciente para realizar las preguntas.

- Se aplicó el instrumento con una duración aproximada de 20 minutos por niño.
- Se aclararon dudas a padres y/o encargados.

4.8 Instrumento

- El instrumento cuenta con dos apartados. El primero es un cuadro con datos sociodemográficos como la edad y el sexo. También se recolectó el diagnóstico clínico, sala de hospitalización en la que se encuentra el paciente hospitalizado, tiempo de hospitalización en días.
- La escala CDI, se utiliza para evaluar la presencia de trastorno depresivo y síntomas de depresión en niños y adolescentes de 7 a 17 años.
- El cuestionario puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme o en forma de entrevista por el entrevistador encargado. (42)
- El material utilizado para la aplicación de la prueba fue copia del cuestionario y un lapicero.
- La escala cuenta con 27 ítems a cada uno de éstos de le da un valor de 0 en ausencia de síntomas, 1 si los síntomas son de leves a moderados, 2 en caso de haber presencia franca de síntoma depresivo, se puede obtener un puntaje entre 0 – 54.
- Sintomatología sugestiva de depresión: El CDI evalúa dos escalas principales que son la disforia (estado de ánimo depresivo, anhedonia, hipofagia/hiperfagia, insomnio/hipersomnia, fatiga, dificultad para concentración) y la autoestima negativa (juicio de ineficacia, fealdad, culpa, pensamiento de muerte). (42)
- La dimensión de Disforia es evaluada:
Estado de ánimo depresivo: 1, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 20, 22, 25 ,27
Anhedonia: 4, 12, 15, 21
Hipo/Hiperfagia: 18
Alteración en el sueño: 16

Fatiga o perdida de la energía:¹⁷

Donde 0 a 1 puntos fue considerado como: sin sintomatología

Mayor de 1 punto se consideró con sintomatología

- La dimensión de Autoestima Negativa es evaluada:

Sentimientos de inutilidad/culpa/preocupación:2,3,11,13, 14,15,19,23,24 y 25.

Pensamiento de muerte/ ideación suicida: 6,9

Donde 0-1 puntos fue considerado como: sin sintomatología

Mayor de 1 punto fue considerado como: con sintomatología.

La escala de CDI fue evaluada en relación con el puntaje total que se obtuvo en la prueba:

0 – 18 puntos: No sugestivo de depresión.

≥19 puntos: Es sugestivo de depresión.

Ver Consentimiento Informado y Entrevista Estructurada en Anexos

4.9 Procesamiento y Análisis de Datos

- Las boletas fueron identificadas y numeradas los datos obtenidos fueron ordenados para poder generar una codificación para cada variable y así poder introducirlas en el programa SPSS versión 23.
- Las variables se organizaron de la siguiente manera, en la primera columna se número cada cuestionario realizado a los pacientes y las siguientes columnas correspondían a las diversas variables y en cada una de las filas se encontraba la información de cada uno de los pacientes.

- Se realizó el cálculo de las frecuencias y de su intervalo de confianza al 95% con un error alfa de 10%, Con la información obtenida se elaborarán tablas de frecuencia y sus porcentajes.
- Objetivo general: Se elaboró una tabla de frecuencia y porcentaje de presentación de trastorno y síntomas depresivos en pacientes pediátricos de 7-12 años hospitalizados en las salas de medicina y cirugía pediátricas del hospital Roosevelt
- Primer objetivo específico: Se elaboró una tabla de frecuencias y porcentajes de presentación de las características edad, sexo, tipo de enfermedad y tiempo de hospitalización en paciente con trastorno depresivo y se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las mismas.
- Segundo objetivo específico: Se elaboró tabla de frecuencias y porcentajes de presentación de los síntomas depresivos y se calcularán medidas de tendencia central para las mismas.
- Tercer objetivo específico: Se utilizaron tablas de contingencia con las variables según operacionalizadas y se determinó la significancia estadística de su relación no causal utilizando la fórmula de chi cuadrado a continuación:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Donde O_i es nuestra frecuencia observada y E_i representa nuestra frecuencia esperada. Se utilizó razón de prevalencia para calcular la estimación de riesgo de la enfermedad utilizando las tablas de contingencia así:

	Enfermos	No enfermos	
Expuestos	a	b	$a+b$
No expuestos	c	d	$c+d$
	$a+c$	$b+d$	$a+b+c+d$

Donde $(a/a+b)/(c/c+d)$ = razón de prevalencias de enfermedad.

Las variables por utilizadas en esta relación será el trastorno depresivo y: sexo, tipo de enfermedad, tiempo de hospitalización.

4.10 Aspectos Éticos de la Investigación

- Se solicitó la autorización del Comité de Ética del Hospital Roosevelt previo a la realización del estudio.
- El estudio no puso en riesgo la salud de las personas que participaron.
- Todos los participantes del estudio fueron tratados de forma digna.
- El entrevistador se presentó personalmente a padres, o cuidadores, así como también al paciente proporcionando su nombre, el puesto y la institución a la que pertenece.
- Se brindó información a cada paciente, padres y/o cuidadores acera del nombre y el objetivo del estudio, que su participación era de forma voluntaria, que la información recopilada sería confidencial y que para participar tendría que responder a preguntas hechas por el entrevistador y esto le tomaría un tiempo estimado de 20 minutos.
- Se explicó al niño y a su padre y/o cuidador que en cualquier momento de la entrevista el paciente, parent o cuidador podrían rescindir de su participación en el estudio y que de decidir retirarse esto no tendría ningún tipo de repercusión en su estadía en el hospital o su manejo terapéutico del paciente.
- Se dio la oportunidad al paciente, a parent o cuidador que aclararan dudas antes de la firma de asentimiento y consentimiento informado. Luego se solicitó la firma o huella digital del parent y/o cuidador en el consentimiento informado y la firma o huella digital del paciente en la hoja de asentimiento informado. Una vez se realizó la firma de documento se procedió a la aplicación del instrumento.

- Al finalizar la aplicación del instrumento y en los casos necesarios se notificó a las autoridades correspondientes si la vida de uno de los participantes del estudio estaba en riesgo, para que hubiera una intervención por parte de profesionales del hospital.

4.10.1 Categoría de Riesgo

Categoría I: estudio observacional, no se hizo ninguna intervención con la población estudiada

V. RESULTADOS:

La población estudiada fue de 97 pacientes todos comprendían edades entre los 7 y 12 años. Según la frecuencia en cuanto a las edades de los pacientes la mayor cantidad de pacientes comprendía el de grupo de edad de 7 años con un porcentaje que corresponde al 28.7%. En cuanto al sexo, se evaluaron 55 pacientes de sexo masculino y a 42 pacientes de sexo femenino. Que corresponden a un 56.7% y 43.4% respectivamente. Con respecto al tipo de enfermedad se observó que un 48.5% de los niños evaluados presentaban una enfermedad crónica. En las salas de hospitalización que se tomaron para el estudio se tomaron dentro del estudio 56 niños de la sala de medicina pediátrica y 41 de la sala de cirugía pediátrica, en lo que corresponde al tiempo de hospitalización se observó que un 81.4% de los pacientes evaluados no tenían más de 15 días de hospitalización.

5.1 Distribución del grupo de estudio según sexo, edad, tipo de enfermedad, sala de hospitalización y tiempo de hospitalización

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
7	27	28.7
8	15	15.5
9	15	15.5
10	13	13.4
11	15	15.5
12	15	12.4
Sexo		
Masculino	55	56.7
Femenino	42	43.3
Tipo de Enfermedad		

No crónica	50	51.5
Crónica	47	48.5

Sala de Hospitalización

Medicina Pediátrica	56	57.7
Cirugía Pediátrica	41	42.3

Tiempo de Hospitalización

Menos de 15 días	78	81.4
Mas o igual a 15 días	18	18.6

n=97 pacientes

En consideración a la frecuencia y porcentajes de presentación de cuadro sugestivo de depresión los pacientes que presentaron con mayor frecuencia un resultado sugestivo de cuadro depresivo eran los niños y niñas de 7 y 12 años representando el 50% de los casos encontrados.

En cuanto al sexo la presencia de un cuadro sugestivo de depresión no fue tan considerable entre los grupos ya que la frecuencia de cuadro sugestivo de depresión se presentó en hombres y mujeres en un 57.7% versus un 46.2% respectivamente.

Respecto a la relación entre cuadro sugestivo de depresión y el tipo de enfermedad se encontró que más de la mitad de los casos (69.2%) sugestivos de trastorno depresivo se presentaban en pacientes que tenían un diagnóstico clínico correspondiente a una patología crónica.

En relación con el tiempo de hospitalización, la mayor parte de los pacientes que presentaban un cuadro sugestivo de depresión tenían menos de 15 días de hospitalización que corresponden a un 69,2% de los casos.

5.2 Frecuencia y porcentaje de presentación de trastorno depresivo según edad, sexo, tipo de enfermedad, sala de Hospitalización y tiempo de Hospitalización

Variable	Frecuencia Depresión		Porcentaje Depresión	
	No	Si	No	Si
Edad				
7 años	20	7	28.2	26.9
8 años	10	5	14.1	19.2
9 años	12	3	16.9	11.5
10 años	10	3	14.1	11.5
11 años	13	2	18.3	7.7
12 años	6	6	8.5	23.1
Sexo				
Masculino	41	14	57.7	53.8
Femenino	30	12	42.3	46.2
Tipo de enfermedad				
No crónica	42	8	59.2	30.8
Crónica	29	18	40.8	69.2
Sala de hospitalización				
Medicina	41	15	57.7	57.7
Cirugía	30	11	42.3	42.3

Tiempo de hospitalización				
Menos de 15 días	61	18	85.9	69.2
15 días o más	10	8	14.1	30.8

n= 97 pacientes

La escala utilizada divide los síntomas depresivos en 2 grandes grupos que son la disforia y la autoestima negativa todos los pacientes con cuadro sugestivo de depresión presentaron autoestima negativa y un 96.2% presentaron disforia.

Al referirse a cada uno de los síntomas depresivos de forma específica se observó que, los síntomas depresivos que se presentaban en más del 90% de la población de niños con síntomas sugestivos de cuadro depresivo fueron: alteración del sueño y los pensamientos de inutilidad, preocupación y/o culpa.

Cabe mencionar que un 42% de los pacientes con síntomas sugestivos de cuadro depresivo tenían ideas de muerte y/o ideación suicida.

Es de importante destacar que los niños que no presentaban cuadro sugestivo de depresión sí presentaban altos porcentajes de disforia y autoestima negativa que corresponden a un 84.5% y 76% respectivamente. Además, la mitad de estos pacientes presentaban estado de ánimo depresivo y anhedonia, 91% de los pacientes presentaban alteración del ciclo sueño y 77.5% presentaban sentimientos de inutilidad, preocupación y/o culpa.

5.3 Frecuencia y porcentaje de presentación de síntomas depresivos

Variable	Frecuencia	Porcentaje		
	Sin Depresión	Con Depresión	Sin Depresión	Con Depresión
Disforia				
Sin Disforia	11	1	15.5	3.8
Con Disforia	60	25	84.5	96.2
Autoestima Negativa				
Sin Autoestima Negativa	17	0	23.9	0.0
Con Autoestima Negativa	54	26	76.1	100.0
Estado de ánimo depresivo				
Sin estado de ánimo depresivo	35	1	49.3	3.8
Con Estado de ánimo depresivo	36	25	50.7	96.2
Anhedonia				
Sin Anhedonia	36	1	50.7	3.8
Con Anhedonia	35	25	49.3	96.2
Alteración del Apetito (Hiperfagia/Hipofagia)				
Sin Alteración del Apetito	67	22	94.4	84.6
Con Alteración del Apetito	4	4	5.6	15.4

Alteración del Sueño (insomnio/hipersomnia)				
Sin Alteración del Sueño	6	6	8.5	23.1
Con Alteración del Sueño	65	20	91.5	76.9
Fatiga/Perdida de la energía				
Sin fatiga/ perdida de la energía	69	23	97.2	88.5
Con fatiga/perdida de la energía	2	3	2.8	11.5
Pensamientos de inutilidad, preocupación y culpa				
Sin pensamientos de inutilidad/preocupación y culpa	16	1	22.5	3.8
Con pensamientos de inutilidad/preocupación y culpa	55	25	77.5	96.2
Pensamientos de muerte y/o ideación suicida				
Sin Pensamientos de muerte y/o ideación suicida	69	15	67.2	57.7

Con pensamientos de muerte y/o ideación suicida	2	11	2.8	42.3
--	---	----	-----	------

n= 97 pacientes

Con respecto a la significancia estadística de la depresión y las diferentes variables evaluadas, podemos observar que sí hay una significancia estadística en relación con el tipo de enfermedad. Con un valor $P= 0.013$. lo que representa una asociación entre el tipo de enfermedad y un cuadro sugestivo de depresión. Sin embargo, no se encontró relación entre el cuadro sugestivo de depresión y la sala de hospitalización ($P=0.996$), el tiempo de hospitalización ($P=0.61$) ni con el sexo ($P=0.731$).

5.4 Significancia estadística de variables con respecto a depresión

Variable	X2	P	Significación
Tipo de enfermedad	6.140	0.013	Si
Sala de hospitalización	.000	.996	No
Tiempo de hospitalización	3.505	.061	No
Sexo	.118	.731	No

n= 97 pacientes

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

La depresión en niños es un tema de investigación reciente. Iniciando con más reiteración en la década de los 70s. Investigar este tema es de importancia ya que los datos más recientes refieren que podemos encontrar trastorno depresivo en 1-2% de los niños en etapa pre-puberal (8) y de un 4-8% en adolescentes (15). Si tomamos en cuenta, que la cobertura de datos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales es solamente del 6.7% (15) (13) quizás estos porcentajes no sean del todo exactos. Los niños y adolescentes con trastorno depresivo presentan una alta tasa de recaídas y recurrencias que corresponde al 40-70% en 3-5 años. el trastorno depresivo se presenta con una relación en mujeres a hombre de 3:1 respectivamente.

Otro de los temas que debe ser considerado es que la enfermedad médica es un factor de riesgo para el padecimiento de depresión. Las enfermedades que afectan al sistema nervioso central, enfermedades que están relacionadas con procesos inflamatorios sistémicos, así como el tratamiento de las enfermedades crónicas predisponen al niño a padecer trastorno depresivo y causando disfuncionalidad en el niño en varias áreas de su vida. (29) (3) (2)

Si tomamos en cuenta que los niños hospitalizados padecen una enfermedad médica, que la hospitalización sea considerada un evento estresante para el niño, que el evento estresante aumenta los niveles de cortisol y que los niveles de cortisol pueden relacionarse con un riesgo aumentado de padecer trastornos depresivos o ansiosos es de suma importancia hacer en estos niños un screening para detectar síntomas depresivos y que tengan estos la atención y tratamiento adecuado. (8) (2) Hay escasos estudios acerca de la presencia de depresión en niños hospitalizados. Los estudios más

recientes acerca de depresión en niños se centran en enfermedades crónicas en específico y no en la depresión en niños hospitalizados en general.

Un estudio realizado en 1981 en el University of Missouri Medical Center realizó un estudio en pacientes que comprendían las edades de 7-12 años que se encontraban hospitalizados se estudiaron 100 pacientes encontraron que un 7% de los pacientes en su mayoría presentaban criterios diagnósticos para depresión. (43) Esto contrasta con los resultados que fueron encontrados en este estudio ya que en los pacientes evaluados se encontró un porcentaje de 26.8%. esto puede ser secundario a la forma de evaluación, ya que en estudio realizado por Kashani se tomaron en cuenta tanto la escala BID como los criterios diagnósticos de DSMII en su momento, también realizaron entrevistas semiestructurada a padres y a los niños. Otra razón por la que esto podría haber diferido el resultado es que para ese momento aún no se tenía claro la definición de la depresión infantil y la escala utilizada fue basada según los criterios evaluados en la escala de Hamilton para Adultos. La escala utilizada fue una de las primeras utilizadas para niños. Donde la irritabilidad, por ejemplo, no se tomaba en cuenta como un criterio diagnóstico de importancia.

En otro estudio realizado por Esmaaeli y Efrani en el año 2014 en donde se hizo un cribado para depresión en pacientes pediátricos hospitalizados en donde se estudiaron 90 niños en el Hospital Pediátrico Dr.Sheikh que se encontraban entre los 8 y 16 años de edad y divididos en 3 grupos pacientes con enfermedad aguda, pacientes con enfermedad renal crónica y cáncer. En este estudio también se utilizó la escala CDI. En este estudio se encontró que el 63% de los pacientes estudiados presentaban depresión en diferentes grados. Este porcentaje pudiera diferir con el encontrado en mi estudio por el tipo de paciente que fue estudiado por Esmaaeli y Efrani ya que las enfermedades crónicas estudiadas eran más específicas incluyendo también tratamientos invasivos como quimioterapias y diálisis. (44)

Ortíz y Samudio, realizaron un estudio en 2016 acerca de la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos internados en un Hospital de Tercer Nivel en Paraguay tomando en cuenta una población de niños entre 8-16 años de edad. En este estudio encontraron que 69% de sus pacientes presentaban depresión que se diferencia con los resultados de mi estudio ya que ellos presentaron un poco más del doble de pacientes con depresión. Esta diferencia podría corresponder al tipo de población. Ya que podemos ver en diferentes fuentes, que hay un pico en la presencia de depresión en pacientes que se encuentran en la pubertad y la adolescencia. (45)

Dentro de los resultados hay algunos datos que vale la pena mencionar: los pacientes que presentaron con más frecuencia un resultado sugestivo de cuadro depresivo eran los niños y niñas de 7 y 12 años representando el 50% de los casos encontrados. En el estudio de Ortíz y Samudio se observó que la prevalencia de depresión de encontraba en los pacientes entre los 14 y 16 años lo cual corresponde a pacientes en la adolescencia. (45) De nuevo, esto puede estar ocurriendo porque el tipo de población que fue utilizada ya que sí hay una diferencia en el estudio que realicé la población en su mayoría eran niños de 7-10 años de edad.

En cuanto al sexo la presencia de un cuadro sugestivo de depresión la frecuencia de cuadro sugestivo de depresión se presentó en hombres y mujeres en un 57.7% versus un 46.2% respectivamente. Se observa que los casos se presentaron más en hombres que en mujeres, dato que contrasta con la prevalencia de depresión en niños de manera general. En el estudio realizado por Kashani también se encontró que el trastorno depresivo se presentó con mayor frecuencia en hombres. (43) El estudio de Ortíz y Samudio reveló que sí encontraron más casos de depresión en el sexo femenino más que en el masculino. (45) A diferencia de lo encontrado en mi estudio esto podría corresponder a que dentro de la población evaluada en mi estudio la mayoría de los pacientes eran de sexo masculino,

Respecto a la relación entre cuadro sugestivo de depresión y el tipo de enfermedad se encontró que más de la mitad de los casos (69.2%) se presentaban en pacientes que tenían un diagnóstico clínico correspondiente a una patología crónica. En el estudio de Kashani también se encontró que los pacientes que encontraron con diagnóstico de depresión presentaban una patología crónica. (43)

Con relación a el tiempo de hospitalización, la mayor parte de los pacientes que presentaban un cuadro sugestivo de depresión tenían menos de 15 días de hospitalización que corresponden a un 69,2% de los casos. Esto también es mencionado en el estudio de Ortíz y Samudio en donde encontraron que, aunque los pacientes eran ingresados por causas orgánicas la prevalencia de depresión al poco tiempo del ingreso hospitalario era significativa. (45)

En cuanto a los 2 grandes grupos que son la disforia y la autoestima negativa que evalúa la escala utilizada en este estudio, se observó que todos los pacientes con cuadro sugestivo de depresión presentaron autoestima negativa y un 96.2% presentaron disforia. Kashani, en su estudio reporta que un 100% de los pacientes deprimidos también presentaron disforia e ideas de menospicio y desaprobación hacia ellos mismos que están relacionados con la autoestima negativa

Al referirse a cada uno de los síntomas depresivos de forma específica se observó que, los síntomas depresivos que se presentaban en más del 90% de la población de niños con síntomas sugestivos de cuadro depresivo fueron: ánimo depresivo, anhedonia y los pensamientos de inutilidad, preocupación y/o culpa. Kashani reporta en su estudio que los síntomas depresivos que se encontraron con mayor frecuencia fueron el ánimo depresivo, los sentimiento o pensamientos de inutilidad en un 100% de sus pacientes. (43) . Las alteraciones del sueño se encontraron en 76.9% de los pacientes estudiados en este estudio y en el estudio de Kashani estas alteraciones del ciclo de sueño se

presentaron en 71% de sus pacientes. (43) Las alteraciones en el apetito en este estudio se encontraron en un 15.4% de los pacientes a diferencia del estudio de Kashani mencionado anteriormente que se presentaron en un 71% de la población con depresión que fue estudiada. (43) esta diferencia podrí ser porque la mayoría de los pacientes en el estudio realizado por Kashani, eran pacientes que presentaban en su mayoría enfermedades gastrointestinales por lo que ellos mencionan dentro del estudio que por esta razón las molestias gastrointestinales y el dolor abdominal no se pudieron tomar en cuenta como parte de los síntomas somáticos en el cuadro depresivo.

Cabe mencionar que un 42% de los pacientes con síntomas sugestivos de cuadro depresivo tenían ideas de muerte y/o ideación suicida.

Es de importancia también mencionar que los niños que no presentaban cuadro sugestivo de depresión sí presentaban altos porcentajes de disforia y autoestima negativa que corresponden a un 84.5% y 76% respectivamente. Además, la mitad de estos pacientes presentaban estado de ánimo depresivo y anhedonia, 91% de estos pacientes presentaban alteración del ciclo sueño y 77.5% presentaban sentimientos de inutilidad, preocupación y/o culpa. En el estudio Ortiz y Samudio también se encontraron pacientes que, aunque no presentaban un trastorno depresivo también encontraron síntomas depresivos en los pacientes evaluados. Estos hallazgos tal vez correspondan a la situación en la que se encuentran, que están fuera del ambiente conocido para ellos, la presencia de la enfermedad, alejarse de las personas de confianza, la falta de sueño reparador entre otras.

En el presente estudio también se observó una relación no causal entre la presencia de enfermedad crónica y la presencia de un cuadro sugestivo de depresión. Como en el estudio de Esmaeeli también encontró una asociación entre los pacientes pediátricos hospitalizados por enfermedad crónica y la presencia de depresión apoyando el hecho

de que los pacientes con enfermedad crónica tienen un mayor riesgo de presentar depresión a diferencia de los pacientes con enfermedad aguda. (44) Otro estudio que fue realizado en el año 2016 por Sztein y Lane donde estudiaron la asociación de enfermedad mental y enfermedad física dentro del estudio se tomaron en cuenta algunas enfermedades como asma bronquial, diabetes mellitus y anemia de celular falciformes en donde también encontraron una relación entre la presencia de enfermedad física crónica y trastorno mental de los cuales la depresión fue la más prevalente encontrada en los pacientes entre un 9-38% de la población estudiada. (46) De igual forma hay otros estudios que apoyan estos resultados, estos siendo más específicos en relación a las diferentes patologías que por ser de tipo crónico como la epilepsia, la artritis reumatoide infantil, las alergias pueden tener una relación con la presencia de trastorno depresivo. (32) (34) (33) (35)

Una de las limitantes que encontré en la realización de este estudio fue que al no ser parte del cuerpo de residentes que se desempeña en el Hospital Roosevelt, el tiempo para la aprobación del protocolo por el comité de ética de dicho hospital, fue prolongado; además de solicitar la aprobación de dicho protocolo por un asesor dentro del mismo hospital eso hizo que el trabajo de campo se retrasara y tuviera que disminuir el periodo de tiempo para la recolección de datos.

Otra limitante fue el lugar donde se aplicó la escala no era el adecuado ya que no era un lugar tranquilo, privado y había interrupciones frecuentes de parte del personal de enfermería y de los mismos pacientes. La ausencia del padre o encargado también fue una limitante, ya que en ocasiones se encontraron niños sin cuidador lo que hacía que no fuera posible la aplicación del instrumento por no tener a alguien que firmara el consentimiento informado. También, se encontró que, en algunos expedientes de ciertos pacientes no se encontraba escrito el diagnóstico clínico por lo que tampoco pudieron ser incluidos en el estudio. Además, este estudio solo tomó en cuenta los niños

hospitalizados en dos de las salas de hospitalización pediátricas en un solo hospital por esto, los resultados pueden ser mínimos sobre una población muy específica, perdiendo fuerza al extrapolarlos a otras poblaciones. La barrera idiomática y sociocultural en algunos de los cuidadores y de los mismos pacientes también fue una limitante en este estudio

6.1. Conclusiones

- 6.1.1 En pacientes de 7-12 años hospitalizados en las salas de medicina y cirugía del Hospital Roosevelt, 8 de cada 10 niños presentaron síntomas depresivos y 1 de cada 4 presenta trastorno depresivo.
- 6.1.2 La caracterización del paciente con trastorno depresivo es un paciente masculino de 7 años que padece de una enfermedad crónica diagnosticada y se encuentra hospitalizado en la sala de medicina pediátrica por menos de 15 días.
- 6.1.3 Los síntomas depresivos más predominantes en esta población fueron la alteración del sueño y los pensamientos de preocupación, inutilidad y/o culpa.
- 6.1.4 Se encontró una asociación no causal entre la enfermedad crónica y el trastorno depresivo, sin embargo, no se encontró ningún otro tipo de asociación respecto a sexo, tiempo o sala de hospitalización.

6.2 Recomendaciones:

- 6.2.1. Se puede realizar en futuras investigaciones un estudio para determinar la relación causal entre la enfermedad crónica y la aparición de trastorno depresivo en los niños que son hospitalizados.
- 6.2.2. A los niños hospitalizados que presenten la caracterización descrita en este estudio sería factible se le realizara un abordaje un por psicología.
- 6.2.3. Existe muy poca literatura respecto al tema abordado en este estudio, por lo cual se debe incentivar a investigar más sobre el mismo.

VII. Bibliografía

1. Organización Panamericana de La Salud. Depresión y Otros Trastornos Mentales Comunes: Estimaciones Sanitarias Mundiales. Informe técnico. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
2. Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6th ed. Ames: Wiley Blackwell; 2015.
3. Martin A, Bloch MH, Volkmar FR. Lewis's child and adolescent psychiatry : a comprehensive textbook. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
4. Pataki C, Carlson GA. Major Depressive Disorder Among Children. Focus. 2016 Winter; 14(1): 10-14.
5. Choe CJ, Emslie GJ, Mayes TL. Depression. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2012 October; 21(4): 807-29.
6. Longhi E, Pickett N, Hargreaves DJ. Wellbeing and hospitalized children:Can music help? Psychology of Music. 2015; 43(2): 188-96.
7. Goldstein S, DeVries M. Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents Salt Lake City: Springer International Publishing; 2017.
8. Martin A, Fred VR, Bloch MH. Lewi's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. 5th ed. Kluwer W, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
9. American Psychiatric Association. DSM-5 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
10. Cèspedes C, Robles C. Niñas y Adolescentes en Amèrica Latina y el Caribe Deudas de Igualdad. informe técnico. Santiago: Comisión Económica para America Latina y el Caribe (CEPAL), Asuntos de Género; 2016. Report No.: ISSN 1564-4170.

11. United Nations. www.un.org. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 22. Available from: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/0-19/>.
12. UNICEF. http://www.unicef.org. [Online].; 2014 [cited 2018 Septiembre 22. Available from: http://www.unicef.org/statistics/index_24302.
13. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2016 December; 26(4).
14. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Ries K. Major depression in the National Comorbidity Survey Adolescent Supplement Prevalence, correlates and treatment. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY*. 2015 January; 54(1): 395-402.
15. Birmaher B, Brent D. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *Journal od the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007 November; 46(11).
16. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive Disorders in Childhood and Adolescence: An Overview Epidemiology, Clinical Manifestation, and Risk Factors. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2006 Octubre; 15(4): 827-41.
17. Stockings E, Degenhardt L, Lee YY, Mihalopoulos C, Liu A, Hobbs M, et al. *Journal ofAffectiveDisorders*. Symptom Screening Scales for Detecting Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A systematic Review and Meta-Analysis of reliability, validity and Diagnostic Utility. 2015 Marzo; 174.
18. Weissman MM, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*. 2016 Octubre; 173(10): 1024-32.

19. Loechner J, Sfärlea A, Starman K, Oort F. Risk of Depression in the offspring of parents with depression: the role of emotion regulation, cognitive style, parenting and life events. *Child Psychiatry & Human Development*. 2019 November; 51: 1024-32.
20. Rice F, Seller R, Hammerton G, Eyre O, Bevan-Jones R, Thapar A, et al. Antecedents of New-Onset Major Depressive Disorder in Children and Adolescents at High Familial Risk. *JAMA Psychiatry*. 2017 December; 74(2).
21. LeMoult J, Chen MC, Foland-Ross LC, Burley HW. Concordance of mother-daughter diurnal cortisol production:Understanding the intergenerational transmission of risk for depression. *Biological Psychology*. 2015 Mayo; 108.
22. Park RJ, Goodyer IM, Tesdale JD. Categoric overgeneral autobiographical memory in Adolescents with Major Depressive Dosirder. Cambridge University Press Psychological Medicine. 2002 Febrero; 32(2): 267-76.
23. Woody ML, Totypes A, Burkhouse KL, Feurer C, Champagne K. Development of Overgeneral autobiographical memory in offspring of depressed mothers. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019 August.
24. Mars B, Collishaw S, Hammerton G, Rice F, Gordon HT, Smith D, et al. Longitudinal symptom course in adults with recurrent depression:Impact on impairment and risk of psychopathology in offspring. *Journal of Affective Disorders*. 2015 August; 182: 32-38.
25. Sinclair KR, Cole DA, Dukewich T, Felton J, Weitlauf AS, Maxwell MA, et al. Impact of Physical and Relational Peer Victimization on Depressive Cognitions in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012 Octubre; 41(5): 570-83.
26. Özlem Schäfer J, Naumann E, Tuschen-Chaffier B. Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Riewiew. *Journal of Youth and Adolescence*. 2016 Octubre; 46: 261-76.

27. Augustinavicius JLS, Zanjan A, Zakzanis KK. Polysomnographic features of early-onset depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Abril; 158: 11-18.
28. Butler A, Von Lieshout RJ, Lipman EL, McMillan HL, González A. Mental Disorder in Children with Physical conditions: A Pilot Study. *BMJ (British Medical Journal) Open*. 2017 November; 8(1).
29. Bruti G, Magnotti MC, Ianetti G. Migraine and depression: bidirectional comorbidities? *Neurological Sciences*. 2012 Mayo; 33(1): 107-09.
30. Wolock ER, Queen AH, Rodríguez GM, Weiz JR. Chronic Illness and Internalizing Symptomatology in a Transdiagnostic Clinical Sample of Youth. *Journal of Pediatric Psychology*. 2020 March; 1(10): 633-42.
31. Reaume SV, Ferro MA. Chronicity of Mental Comorbidity in children with new-onset physical illness. *Child_ Health, Care and Development*. 2019 July; 45(4): 559-67.
32. Bennett S, Shafran R, Coughtrey A, Walker S, Heyman I. Psychological Interventions For Mental Health Disorders in Children with Chronic Physical Illness a Systematic Review. *Archives of Disease in Childhood*. 2015 Mayo; 100: 308-316.
33. Shafran R, Bennett S, Coughtrey A, Welch A, Walji F, Cross HJ, et al. Optimising Evidence-Based Psychological Treatment for the Mental Health Needs of Children with Epilepsy: Principles and Methods. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2020 January; 23.
34. Katon W, Richardson L, Russo J, Lozano P, McCauley E. Quality of Mental Health Care for Youth With Asthma and Comorbid Anxiety and Depression. *Medical Care*. 2006 Diciembre; 44(12): 1064-72.
35. Silverstein J, Cheng P, Ruedy KJ, Kollman C, Beck RW. Depressive Symptoms in Youth with Type 1 or Type 2 Diabetes: Results of the Pediatric Diabetes Consortium

- Screening Assessment of Depression in Diabetes Study. *Diabetes care*. 2015 December; 38.
36. Kogon AJ, Matheson MB. Depressive Symptoms in Children With Chronic Kidney Disease. *The Journal of Pediatrics*. 2016 January; 168.
 37. Memari AH, Chamanara E, Ziae V. Behavioral Problems in Juvenile Idiopathic Arthritis: A controlled Study to Examine the Risk of Psychopathology in a Chronic Disorder. *International Journal of Chronic Diseases*. 2016 August; 2016.
 38. Carbajal-Alonso L, García Moreno NP, Rodriguez-Arreola B, Barrera de León JC. Trastorno depresivo en pacientes pediátricos mexicanos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). *Gac Med Mex*. 2016 Enero; 152.
 39. Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA, Lundervold AJ. Chronic physical illness and mental health in Children. Results from a large Scale population Sudy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007 August; 48(8): 785-92.
 40. Capurro DN, Rada G. El Proceso Diagnóstico. *Rev Med Chile*. 2007; 135.
 41. Bernell S, Howard SW. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Front Public Health*. 2016 Agosto; 4(159).
 42. Kovacs M. CDI Inventario de Depresi[on Infantil Madrid: TEA Ediciones S.A.; 2004.
 43. Kashani JH, Barbero GJ, Bolander FD. Depression in Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1981 Winter; 120(1): 123-34.
 44. Esmaeeli M, Efrani R, Saghebi A, Elmi S, Rahmani S, Elmi S, et al. Screening for Depression in Hospitalized Pediatric Patients. *Iran Journal of Child Neurology*. 2014 Winter; 8(1): 47-51.
 45. Ortiz LM, Samudio GC, Ávalos DS, González AM. Prevalencia de Síntomas Depresivos en Pacientes Pediátricos Internados en un Hospital de Tercer Nivel. *Pediatría*. 2016 Agosto 1; 43(2): 109-14.

46. Sztein DM, Lane WG. Examination of the Comorbidity of Mental Illness and Somatic Conditions in Hospitalized Children in the United States Using Kids' Inpatient Database 2009. Hospital Pediatrics. 2016 March; 6(3): 126-134.

VIII. Anexos

Anexo No.1 Consentimiento para Padres para la Participación en la Investigación a realizar:

Título del estudio: Prevalencia de depresión y síntomas depresivos en niños de 7 a 12 años: Estudio descriptivo a realizarse en pacientes Hospitalizados en Salas de Medicina y Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt de octubre 2019 a enero del 2020

Nombre del Investigador Principal: Dra. Alejandra Zepeda médico residente del posgrado de Psiquiatría Hospital Nacional de Salud Mental.

Sitio donde se realizará el estudio: Hospital Roosevelt en salas de Medicina y Cirugía Pediátrica.

Estoy realizando un estudio donde invito a participar a niños que están ingresados en este hospital, ya que los niños que permanecen ingresados por ciertos periodos de tiempo podrían llegar a presentar depresión o algunos de sus síntomas, situación que puede afectarles a futuro. Este tipo de estudios se realiza para poder saber más sobre la condición emocional de los niños ingresados en este centro hospitalario y así poder detectar y manejar su condición emocional de una mejor manera.

La participación de su hijo/a es completamente voluntaria; no representa ningún daño, como tampoco ningún beneficio monetario. Si no desean que lo haga, su médico continuará con su atención habitual y no le traerá ningún inconveniente en su hospitalización

Consentimiento Informado (Hoja de firmas):

Hemos recibido una explicación satisfactoria sobre el estudio que se va a realizar, su finalidad, riesgos y beneficios.

Hemos quedado satisfechos con la información recibida, la hemos comprendido, se nos han respondido todas nuestras dudas y comprendemos que la participación de nuestro/a hijo/a es voluntaria.

Prestamos nuestro consentimiento para el procedimiento propuesto y conocemos nuestro derecho a retirarlo cuando lo deseemos, con la única obligación de informar nuestra decisión al médico responsable del estudio.

Nombre y apellido del participante

Firma y Fecha del Padre o Encargado

Anexo No. 2 Formulario de Asentimiento Informado para Niño:

Mi nombre es Alejandra Zepeda y soy doctora.

Estoy realizando una investigación acerca de la depresión en niños que están internados en esta sala y para ello quiero pedirte que me ayudes.

Si tus padres y tú están de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que hacer lo siguiente: tendrás que responder a algunas preguntas que te voy a hacer en este momento.

Es muy probable que participar te ayude si te sientes triste o muy enojado de estar en este lugar porque podríamos pedirle a alguien que venga a hablar contigo un tiempo para que le expreses como te sientes y porque te sientes de esta manera y podamos ayudarte a sentirte mejor, también puede que ayudes a otros niños que se sientan tristes cuando están aquí en el hospital, en el futuro.

Tu participación es libre y voluntaria, es la decisión de tus padres y tuya si participas o no de esta investigación. También es importante que sepas que, si estabas participando y tus padres y tu no quieren continuar en el estudio, no habrá problema y nadie se enojará, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Si no participas o si dejas de participar en algún momento de esta investigación, igualmente seguirás recibiendo los cuidados que necesites, por parte de tu doctor.

La información que tengamos de ti y tu salud será un secreto. Esto quiere decir que no diré a nadie tus respuestas. Tus padres también podrán saberlo, en algún momento de la investigación.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una X en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribí tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna X, ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre y apellido: _____

Fecha: _____

Nombre y apellido, firma y sello de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____

Nombre y apellido y firma del padre y/o la madre que presta su consentimiento:

Fecha: _____

Anexo No.3 Instrumento de Evaluación: Children Depression Inventory

Edad:

Sexo: F() M()

Diagnóstico Médico:

Sala de Hospitalización:

Tiempo de Hospitalización:

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.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS HOSPITALIZADOS” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando dea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.