



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL NACIONAL
EN EL 2013**

**PRESENTADA POR
MADELEYDI LIZBETH GORDILLO MAMANI**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2014



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL
NACIONAL EN EL 2013**

TESIS

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

PRESENTADO POR:

MADELEYDI LIZBETH GORDILLO MAMANI

LIMA- PERÚ

2014



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN HOSPITAL
NACIONAL EL 2013**

ASESOR

Dra. Martha Chumpitaz

JURADO

DR. ENRIQUE BOJORQUEZ GIRALDO

Presidente del Jurado

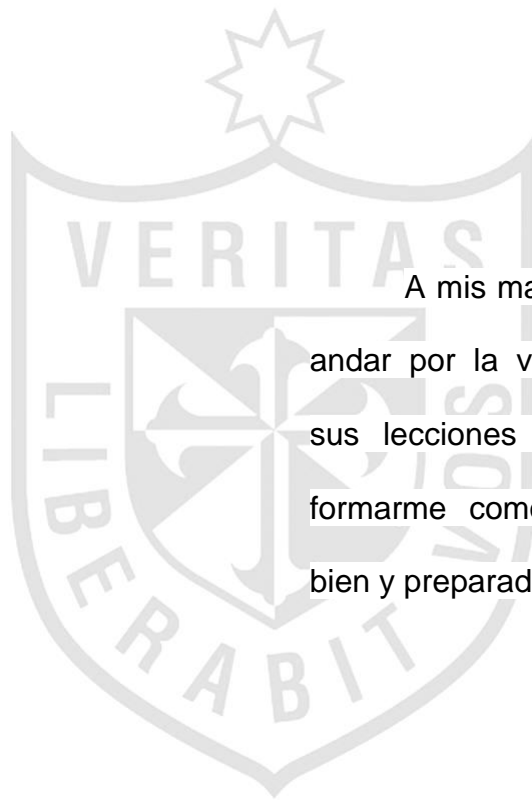
DR. JOSÉ OSNAYO DELGADO

Miembro del Jurado

DRA. ALBINA MARGARITA MENDOZA CARRIÓN

Miembro del Jurado





DEDICATORIA

A mis maestros, que en este andar por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema	01
Justificación	04
Objetivos	05
•General	
•Específico	

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes	06
1.2 Base teórica	15
1.3 Definición conceptual	21
1.4 Hipótesis	23

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño	24
2.2 Población y muestra	24
2.3 Procedimientos de recolección y procesamiento	29
2.4 Instrumentos de recolección de datos	30
2.5 Aspectos éticos	31

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1 TABLA 1: Medias de la edad según sexo	32
3.1 TABLA 2: Análisis de frecuencias de las variables estudiadas	34
3.1 TABLA 3: Depresión según características sociodemográficas	36
3.1 TABLA 4: Violencia familiar y disarmonía familiar como son factores de riesgo de trastorno depresivo en niños y adolescentes	37
3.1 TABLA5: Depresión según trastorno depresivo en un familiar de primer o segundo grado	39
3.1 TABLA6: Eventos estresores como factores de riesgo	

de presentar trastorno depresivo en niños y adolescentes	40
--	----

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Discusión	41
4.2 Conclusiones	47
4.3 Recomendaciones	47

BIBLIOGRAFÍA

Anexos	48
	55



RESUMEN

Objetivos: identificar los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante enero a diciembre 2013.

Material y métodos: el estudio fue tipo:analítico,longitudinal. Diseño: de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 145 casos (niños y adolescentes con depresión) y 145 controles (145 niños sin depresión) en el periodo que corresponde al estudio. Se usó una ficha de datos la cual fue validada por los médicos asistentes del servicio de Psiquiatría. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 21.

Resultados: entre los casos, la media global de edad fue de 14.26 +/-2,24 años, el 62.7% fueron mujeres,entre los controles, la media de la edad fue de 13,17 +/-2,78 años, el 59.31% fueron mujeres. El 75,5% (85.5% casos y 65.5% controles) de los pacientes fueron adolescentes, pacientes con antecedente de madre con trastorno depresivo para los casos 44.8%, entre los controles es 19.3%. El 22,1% entre los casos y 23.5% entre los controles tuvo antecedente de suicidio de un familiar. Respecto de la disarmonía, la de mayor frecuencia fue la separación de los padres (44,8% entre los casos y 24.8% en los controles). 38.6% de los controles tuvieron familiares con enfermedad crónica grave, respecto del 22.1% de los casos. 19.3% de los casos tuvieron algún familiar que hacía abuso de sustancias, respecto de 2.8% en los controles. La violencia intrafamiliar de mayor frecuencia fue la violencia

psicológica para los casos 28.3%, en tanto que en los controles fue la negligencia de los padres 19.3%. El estresor social de mayor frecuencia fue el conflicto con los compañeros de clase 44.8% para los casos y 33.1% para los controles. Asociación estadísticamente significativa de depresión en el adolescente y el abuso de sustancias de un familiar OR=8, depresión en los pacientes con disarmonía familiar OR=4.9, respecto a la violencia familiar OR=8.8, depresión en familiar de primer grado OR=2.2, el conflicto con los compañeros que representa el factor mas significativo de ellos OR=2.27

Conclusiones:

La violencia familiar y la disarmonía familiar aparecen como factores de riesgo asociados a trastorno depresivo, el divorcio de los padres un factor mas importante. Presencia de trastorno depresivo en un familiar de primer representa un mayor riesgo de depresión en un niño o adolescente, principalmente cuando este se presenta en la madre. Entre los eventos estresores el más importante es el conflicto como un factor que incrementa el riesgo de presentar trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría.

Palabras clave: factores, depresión, niños y adolescentes.

ABSTRACT

Objectives: To identify risk factors associated with depressive disorder in children and adolescents treated at the Psychiatric Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen during the months from January to December 2013.

Methods: The study was type analytical, longitudinal, design case control. The sample consisted of 145 cases (children and adolescents with depression) and 7145 controls (145 children without depression) in the period covered by the study. A data which was validated by Physician Assistants Psychiatry service use. For data analysis SPSS version 21 software was used.

Results: Between the cases, the global age average was 14.26 +/-2,24 years, 62.7% was women, between the control panel, the average of the age was 13,17 +/-2,78 years, 59.31% was women. 75,5% (85.5 % cases and 65.5% control) panel of the patients were adolescent, patient with mother's history of depressive disorder for the cases 44.8%, between the control panel it is a 19.3%. 22,1% between the cases and 23.5% between the control panel had family history of suicide. Regarding disharmony, the most frequent was the separation of the parents (44,8% between the cases and 24.8 % in the control panel). 38.6% of the control panel had relatives with serious chronic illness, about 22.1% of the cases. 19.3% of the cases had some relative who was doing substances abuse, with regard 2.8% in the control panel. The violence intra family most frequency was the psychological violence for the cases 28.3%, while in the control panel the negligence of the parents was a 19.3%. The social stressor of most frequency was the

conflict with the classmate 44.8% for the cases and 33.1% for the control panel. Association statistically means teenage depression and substances abuse of a relative OR=8, depression in the patients with familiar disharmony relative OR=4.9, about family violence OR=8.8, family depression in first grade OR=2.2, the conflict with the partners representing the most significant factor in thesis OR=2.27

Conclusions: The familiar violence and the familiar disharmony appear like risk factors associated with depressive disorder; the parental divorce is a more important factor. Presence of depressive disorder in a relative of the first represents increased risk of depression in a child or adolescent, principally when it appears in the mother. Between the stressors events the most important is the conflict as a factor that increases the risk of presenting depressive disorder in children and adolescents attended in the service of psychiatry.

Keywords: factors, depression, children and adolescents.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La depresión es conocida en sus inicios con el nombre de melancolía; aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad. El origen del término se encuentra en Hipócrates. En 1725, Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y tratamiento alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.); pero con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología, pasa a convertirse en una enfermedad más, susceptible de tratamiento y de explicación bioquímica¹.

La depresión, según un informe de la Organización Mundial de la Salud, aparece como la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial^{2,3}. La depresión es el más común y extendido de los trastornos psiquiátricos. Afecta a no sólo a individuos, sino a familias y por ende a la sociedad. También afecta negativamente a la economía, a través de la disminución de la productividad, al impedir el desarrollo de todo el potencial de los recursos humanos⁴.

En la actualidad, su abordaje ha empezado a cobrar un mayor interés por el incremento de su frecuencia en diversas etapas de la vida, y es de especial importancia el impacto que genera en el desarrollo personal de niños y adolescentes^{5,6}. Es así que niños con quejas físicas no explicadas como cefaleas o dolores abdominales; o niños irritables, desafiantes y negativistas, que se niegan a participar en la escuela, presenten en realidad un cuadro depresivo subyacente y solamente se llega a este diagnóstico después de una adecuada y minuciosa evaluación⁷.

Los problemas de salud mental en la población pediátrica constituyen una consulta frecuente. Los estudios nacionales y extranjeros muestran prevalencias de patología psiquiátrica infantil que fluctúan entre un 15% y un 30%, en la población infantil general. Esta alta prevalencia, sumada a la escasez de médicos psiquiatras especializados en niños hace indispensable que resuelvan una alta proporción de esta morbilidad^{8,9}.

En el Perú, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, implementada desde el año 2004, si bien es cierto constituye un primer intento en abordar temas

importantes de la salud mental, su enfoque va más dirigido al estado psicológico posterior a situaciones de emergencia y desastre, pero no toma en cuenta la salud mental de la población en otras situaciones, en particular la de los niños⁷.

Los problemas depresivos no constituyen una consulta banal, sino, muy por el contrario, deben ser evaluados y, en lo posible, tratados muy seriamente por el psiquiatra, ya que de estas intervenciones dependerá, en gran medida, el porvenir del menor.

Son escasos los trabajos de investigación en nuestro país sobre depresión en niños y adolescentes, más aun los que indagan acerca de los factores posiblemente asociados a este trastorno. A pesar de que en otros países se ha informado algunas discrepancias respecto a ciertos factores encontrados, es posible que esta investigación aporte al conocimiento de los principales componentes relacionados a esta enfermedad. Por lo tanto, se abre la necesidad de conocer los factores de riesgo asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes en nuestra realidad con mayor profundidad.

JUSTIFICACIÓN

Justificación legal: Constitución Política del Perú, Plan Nacional de Desarrollo, Ley General de Salud, Ley Orgánica del Sector Salud, Decreto Ley 584 y su reglamento 00292 SA, Reglamento del Sistema Nacional del Residentado Médico RS-Nº002-2009-SA, artículo 28, inciso b.

Justificación teórica científica: La realización de este representa un esfuerzo para poder conocer un poco más un problema tan importante como la depresión infantil que compromete el gran potencial que tienen los niños de nuestro país.

Justificación práctica: En la práctica diaria observamos que muchos niños y adolescentes muestran datos característicos de depresión, y los estudios en nuestro medio son escasos en relación a este punto, razón por la cual justificamos su realización.

OBJETIVOS

Objetivo General

- a) Identificar los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, durante los meses de enero a diciembre 2013.

Objetivos Específicos:

- a) Determinar si la violencia familiar y la disarmonía familiar son factores de riesgo de trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría.
- b) Establecer si la presencia de trastorno depresivo en un familiar de primer o segundo grado representa un mayor riesgo de depresión en un niño o adolescente.
- c) Esclarecer si el haber presentado un episodio de depresión favorece la aparición de un segundo episodio en el niño o adolescente.
- d) Identificar si eventos estresores como conflictos con compañeros y ruptura con la pareja sentimental incrementan el riesgo de presentar trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de investigación

Vinaccia S y López C (2010) refieren que, en los últimos años, numerosas investigaciones han centrado su atención en aspectos asociados con la salud mental de los niños y los adolescentes y se han estudiado aspectos demográficos, epidemiológicos y de carga de enfermedad en realidades parecidas a la nuestra. Así la prevalencia de sintomatología depresiva en escolares en varios estudios latinoamericanos oscila alrededor del 25,2% a 30% al respecto, se ha encontrado que la mayoría de la población se ubica en el grupo de adolescentes entre 12 a 17 años y 50,7% de la misma pertenece al género femenino^{8,9}.

Campo Arias, *et.al.*(2005) buscaron determinar la percepción de rendimiento académico y su asociación con síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional (décimo y undécimo grado), y se ha encontrado que la presencia del segundo se relaciona significativamente con el primero de manera inversamente proporcional, se ha concluido que la identificación temprana de síntomas depresivos con

importancia clínica mejora los logros escolares de estudiantes adolescentes¹⁰.

Bragado y Mian L refieren que existen de la misma forma algunas investigaciones acerca de los factores de riesgo de trastorno depresivo en niños y adolescentes. Muchos investigadores han encontrado que cuanto mayor edad tiene el niño, el hecho de estar preocupado por la familia, el alcoholismo de los padres, sufrir de enfermedades orgánicas frecuentes y el estado psicopatológico de la madre se asocia con más frecuencia a los trastornos depresivos en los niños^{11,12}.

Jaser S (2013) refiere que las hijas adolescentes de madres con síntomas depresivos representan un grupo más susceptible de presentar sintomatología depresiva que aquellas que no tienen madres deprimidas¹³.

Hussong A(2013) reporta los hijos de padres alcohólicos presentan no sólo mayor riesgo de desarrollar alcoholismo en la adultez sino también, de presentar algún grado de depresión durante su niñez y/o adultez¹⁴.

Camdeviren H(2005) reporta que la pérdida de la pareja sentimental, o de un amigo cercano en el último año, el pobre desempeño escolar y el consumo de tabaco son factores que favorecen la aparición de trastornos depresivos en la adolescencia¹⁵.

Royo J(2002) reporta que la depresión que se inicia en la adolescencia se caracteriza por una tasa familiar más alta de enfermedad afectiva que cuando los trastornos afectivos comienzan en edades más tardías; así como por una mayor asociación con enfermedades psiquiátricas tales como trastornos de la conducta, ansiedad y déficit de atención; por un curso crónico recidivante de la enfermedad, con un deterioro a corto y largo plazo de la funcionalidad social e interpersonal; y por unas tasas aumentadas de abuso de sustancias y alto riesgo de suicidio consumado¹⁶.

Bouma M(2013) refiere que los niños y adolescentes, cuyos padres en algún momento de su vida hayan experimentado un episodio depresivo, son más susceptibles al efecto depresor de un evento estresante, en comparación a un adolescente cuyo padre no padece de algún trastorno depresivo¹⁷.

Lewinsohn P(2005) refiere que los estresantes mayores como muerte de un padre, enfermedad crónica grave de un familiar, abuso físico, psicológico y/o sexual se asocian con depresión infantil, eventos de menor envergadura como divorcio familiar, ruptura con la pareja sentimental, transición a un nuevo colegio, muerte de una mascota también representan un riesgo importante para la aparición de síntomas depresivos¹⁸.

Silverstein M(2009) refiere que un acápite especial merece el hecho de que madres deprimidas y expuestas a violencia intrafamiliar no cortan el círculo vicioso, sino más bien generan castigo físico en sus hijos y por ende sintomatología depresiva¹⁹.

Schwebel D(2013) refiere que la depresión materna crónica se ha asociado a mayor riesgo de injuria recurrente en niños pequeños²⁰.

Perren S(2009 y 2010) refiere que los conflictos con compañeros de clase, en especial ser objeto de amedrentamiento (bullying y cyberbullying), al inicio de la edad escolar como en la adolescencia, constituyen factores de riesgo para desarrollar trastorno depresivo^{21,22}.

Xing F(2009) reporta que los factores del medio ambiente familiar juegan un papel importante en la aparición de trastornos depresivos. Los padres que en sus métodos de crianza no refuerzan conductas positivas o no resuelvan adecuadamente situaciones de conflicto con sus hijos adolescentes favorecen el surgimiento de síntomas depresivos²³.

Pelaz Antolín A(2013) reporta que el temor a conductas negativas (evitación del daño) genera sintomatología depresiva en el niño²⁴.

Bulnes M., Ponce C., Huerta, R(2005) investigaron la relación entre el proceso de adaptación propia de la etapa adolescente y el desarrollo de depresión en adolescentes de colegios particulares y estatales; encontraron que una adaptación inadecuada se asocia a la aparición de síntomas depresivos en especial en colegios particulares²⁵. También se ha abordado el tema de desarrollo de depresión severa postraumática²⁶, y planteado que factores como sexo femenino, haber tenido enamorado (a), la comorbilidad con síndrome psicótico y los deseos de morir, se asocian a trastorno depresivo en adolescentes peruanos²⁷, pero sólo en estudios descriptivos. Por eso, necesitamos estudios de mayor

nivel de evidencia que ayuden a demostrar estos planteamientos que busquen determinar los factores que se asocian a la depresión infantil de una forma más integral.

Ulloa Flores (2011) refiere que el trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta y se ha asociado a disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida. La psicoeducación es el primer componente del tratamiento psicosocial. La psicoterapia tiene como objetivo la reducción de la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria. La terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual han mostrado eficacia en niños y adolescentes en ensayos controlados. Es importante el seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida⁴⁰.

Palanca M (2011) realiza un trabajo con el objetivo de analizar el uso de antidepresivos (AD) y la investigación sobre su eficacia y seguridad en población pediátrica con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), tras la alerta de las agencias reguladoras European Medicines Agency (EMA) y la americana

Food and Drugs Administration (FDA) en el 2003 sobre el riesgo de suicidio en menores de 18 años tratados con antidepresivos.

Se han revisado las publicaciones en los últimos 10 años sobre eficacia y seguridad de los antidepresivos en menores de 18 años, y sobre las prácticas de prescripción de estos fármacos en esta población. Se utilizaron las bases de datos Cochrane y Pub Med.

Desde la alerta, se ha producido un cambio en la tendencia previa ascendente en la prescripción de antidepresivos a niños y adolescentes, así como un incremento de las tasas de suicidio en esta población. La monitorización de estos pacientes se ha modificado ligeramente. Desde 2004, dos ensayos clínicos con citalopram han obtenido significación estadística en eficacia frente a placebo en niños y adolescentes, sumándose a la evidencia previa para fluoxetina. Tres estudios demuestran eficacia en adolescentes, pero sólo uno con sertralina fue diseñado para evaluar separadamente los grupos de edad. No se han encontrado estudios que añadan evidencia sobre el incremento del riesgo de suicidio. El estudio concluye que la advertencia de las agencias reguladoras (EMA y FDA) ha modificado levemente la práctica clínica de los profesionales. Se han publicado

estudios desde 2004, que aportan nuevos resultados de eficacia pero no más evidencia respecto a su seguridad⁴¹.

Chaskel refiere que los trastornos del ánimo siguen siendo los mejores predictores de suicidio en adolescentes. Entre más temprano se instala el trastorno del humor, mayor es el riesgo de suicidio y de intentos de suicidio.

El síntoma depresión no es sinónimo de tristeza o infelicidad, pero ambos son elementos de la depresión. La depresión de niños y adolescentes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos y psiquiátricos, el desempeño escolar y la familia.

En las clasificaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Psiquiátrica Americana los criterios de depresión son esencialmente los mismos en niños, adolescentes y adultos. Se ha propuesto que los niños exhiben sintomatología depresiva con síntomas no depresivos denominados equivalentes no depresivos. Estos pueden ser trastornos psicossomáticos, trastornos de la conducta y funcionamiento inadecuado en lo social y académico.

Los reportes clínicos sobre depresión infantil, muestran cambios permanentes en la conducta del niño. Algunos

estudios de seguimiento muestran que éstos niños son más susceptibles a las infecciones y al retraso en el desarrollo. Entre los siete y diez años de edad pueden presentar baja autoestima, aislarse voluntariamente, reconocer elementos intimidantes en su ambiente, evitar experiencias potencialmente frustrantes y reaccionar ante ellas con ansiedad, rabia, tristeza o desinterés. En niños de edad puberal los mecanismos de defensa patológicos se acercan al modelo de la depresión adulta y obliga a los padres a reaccionar con su recurso adulto⁴².

Brière FN (2013) realizó un trabajo con el objetivo de demostrar que los síntomas depresivos en adolescentes se asocian con las relaciones familiares difíciles. Los sistemas de la familia y las relaciones interpersonales sugieren que esta asociación podría reflejar los síntomas de depresión. Pocos estudios longitudinales han probado esta hipótesis y los resultados de estos estudios han sido contradictorios. En este estudio examinaron las posibles asociaciones en la adolescencia temprana y los síntomas depresivos en base a dos aspectos importantes de las relaciones entre padres e hijos: comunicación y conflicto. Los participantes fueron 3862 estudiantes. Se encontró asociación entre síntomas

depresivos y conflicto percibido con los padres, pero no entre síntomas depresivos y comunicación con los padres⁴³.

Mc Guinness TM (2012) refiere que la depresión en adolescentes es más común en las niñas; esta disparidad de género se hace más evidente durante la adolescencia. Los modelos de vulnerabilidad-estrés ayudan a explicar estas diferencias, y una tendencia a la poca comunicación puede desempeñar un papel en el desarrollo y la continuación de síntomas depresivos. Las intervenciones de enfermería psiquiátrica deben centrarse en la reevaluación de las relaciones, y la promoción de la autonomía⁴⁴.

Nair MK (2013) refiere que los estudios de la India documentan sistemáticamente las tasas de suicidio más altas del mundo, y la mayoría de los suicidios han sido en adolescentes. El objetivo del trabajo fue identificar los factores de predicción para el suicidio adolescente en una comunidad. Se tuvo los datos de 500 adolescentes en una comunidad rural de India del sur. La necesidad de prevención del suicidio se midió con la escala de personas SAD, estatus socio-económico con la escala de Kuppusamy modificado, depresión y trastornos de ansiedad con el inventario de depresión de Beck. El estudio concluyó que la mayoría de los

adolescentes en la comunidad no requieren medidas preventivas para el riesgo de suicidio⁴⁵.

1.2 Base teórica

Según datos de algunas investigaciones, la prevalencia de trastorno depresivo mayor entre niños y adolescentes oscila entre 2 y 5%. En poblaciones clínicas, las estimaciones de trastorno depresivo suelen fluctuar entre el 10 y 20%.²⁸ Otros mencionan más específicamente entre 15 y 20%.^{29,30} En estudiantes de secundaria se han reportado prevalencias alrededor del 30% asociado con bajo rendimiento académico³¹.

En la actualidad, los trastornos depresivos son clasificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV- TR como trastornos del estado de ánimo, ya que comparten con otras entidades de la misma clase la existencia de una particular alteración del humor. En la misma categoría pueden encontrarse otros problemas de los cuales la depresión se diferencia, debido a que se presenta en ausencia de historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco la distancia de los trastornos bipolares, ya que no se debe a enfermedad médica o consumo de sustancias, por lo que establece una distinción entre ella y dichos trastornos³².

La característica fundamental de los trastornos depresivos es que se sustentan sobre un estado de ánimo negativo anormal que se define como “deprimido”. De hecho, en la vida cotidiana, por “depresión” se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Sin embargo, para que se considere un trastorno depresivo este estado de ánimo deprimido debe impedir el normal desenvolvimiento de las actividades diarias de la persona^{28,29}. El mismo se puede presentar de las siguientes formas en los niños:

- **Trastorno depresivo mayor:** alteración del estado del ánimo (tristeza o irritabilidad) casi todos los días y durante la mayor parte del día por un periodo mayor o igual a 2 semanas y que presente 5 o más de los siguientes síntomas: anhedonia, insomnio, hipersomnia, hiporexia, pérdida o ganancia de peso (variación del 5% del peso corporal basal en un mes) anergia, sentimiento de culpa, sentimiento de minusvalía, enlentecimiento psicomotor, disminución de la capacidad de concentración, ideación suicida.
- **Trastorno distímico:** estado de ánimo deprimido (tristeza o irritabilidad) de manera crónica por un periodo mínimo de un año, en el que no hay periodos prolongados en los que

el paciente se encuentre bien y que se constituye en un deterioro importante social y/o académico.

- **Trastorno depresivo no especificado** (o trastorno depresivo menor): estado de ánimo deprimido (tristeza o irritabilidad) y/o pérdida de interés en actividades que normalmente eran de interés para la persona, por un periodo menor a 2 semanas que provoca un deterioro significativo social y/o académico.

Estudios retrospectivos de adultos con depresión sugieren que el primer episodio con alta probabilidad ocurre en la adolescencia media. Además con respecto a la diferencia entre sexos, se observa una prevalencia mayor de trastorno depresivo en mujeres durante la adolescencia. Estas diferencias son más patentes en los casos de trastorno depresivo mayor, distimia y de menor intensidad en el trastorno depresivo no especificado³¹. En la edad prepuberal, no obstante, los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones. Las características clínicas del trastorno depresivo son algo diferentes en la población

pediátrica. Si bien es cierto el ánimo deprimido es fundamental para el diagnóstico de trastorno depresivo en adultos, en niños es sustituido por un estado de irritabilidad y síntomas como fatiga inexplicable, anergia, disminución de la concentración, variación de peso e ideación suicida suelen ser los motivos de consulta^{33,34}.

En relación a la distimia, el DSM-IV TR indica que en los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. La prevalencia de vida del trastorno distímico es aproximadamente del 6 %. La prevalencia puntual en la población general en Estados Unidos del trastorno distímico es aproximadamente del 3%^{32,33}.

Con respecto a los factores de riesgo para trastorno depresivo, algunos han sido demostrados con claridad mientras otros todavía son muy controversiales. El estatus socioeconómico bajo, si bien es cierto, favorece la aparición de trastorno depresivo en adultos, en niños parece no tener

una repercusión negativa, aunque falta información consistente al respecto, lo mismo sucede con la etnicidad.

Por otro lado, los factores familiares son importantes determinantes de depresión. Niños de padres deprimidos son cuatro veces más susceptibles de sufrir un episodio de depresión mayor que niños de padres normales y dos veces más proclives a presentar depresión que los hijos de padres con otros trastornos psiquiátricos o condiciones médicas. Aún más notorio es este riesgo si la carga familiar es mayor (ambos padres deprimidos y/o abuelo /os maternos o paternos con diagnóstico de depresión). Estudios en gemelos sugieren que existe una moderada influencia genética para la aparición de síntomas depresivos en la niñez con una heredabilidad del 30 al 80%, sin embargo, la transmisión de la depresión en familias resulta de una compleja combinación de factores genéticos y ambientales³⁵.

Algunos estudios sugieren que la neurobiología de la depresión se basa en una desregulación del sistema de stress humano a través de la activación del eje hipotálamo hipofisiario adrenal uno de los principales sitios de feedback es el hipocampo. Sin embargo, estudios de neuroimagen han identificado otras áreas como el núcleo accumbens, la

amígdala, y núcleos específicos del hipotálamo que regulan la motivación, el hambre, el sueño, el ritmo circadiano y el placer, los cuales se encuentran también afectados en mayor o menor grado en la depresión. Incluso se habla de la presencia de un transportador de serotonina (SERT) que, en algunas personas, favorece la depresión, al disminuir rápidamente las concentraciones de serotonina en el espacio sináptico³⁶⁻³⁷.

1.3 Definición conceptual

Alcoholismo: es una enfermedad que consiste en padecer de una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta y repercute negativamente en el funcionamiento familiar.

Bullying: representa cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado.

Cyberbullying: consiste en el uso de los medios tecnológicos de comunicación (ejm: internet, teléfonos móviles, etc) para

hostigar a otros de manera repetida durante un periodo de tiempo, siendo este realizado por un individuo o grupo.

Drogadicción: dependencia de sustancias que conlleva a un patrón desadaptativo de consumo traduciéndose en deterioro (físico, psicológico o social) y junto al que han de darse tolerancia, abstinencia en algún momento de un período continuado de 12 meses.

Enfermedad médica: padecimiento orgánico como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, insuficiencia renal, de más de un año de duración, que altera el funcionamiento normal de la familia como consecuencia de la gravedad de la enfermedad.

Negligencia de los padres: descuido en el actuar de los progenitores para con sus hijos que repercute negativamente en ellos.

Violencia física: es el abuso que implica contacto con la persona con el fin de causar intimidación, injuria u otro tipo de daño físico.

Violencia psicológica: es la forma de violencia en que una persona a través de abuso verbal, comportamiento dominante, o celotípico genera daño psicológico en otra persona.

Violencia sexual: es el forzamiento de una conducta sexual de una persona sobre otra sin su consentimiento.

2.4 Hipótesis

Existen factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, durante los meses de enero a diciembre 2013.



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño

Tipo: analítico, longitudinal.

Diseño: de casos y controles.

2.2 Población y muestra

Los casos serán pacientes cuyas edades se encontraban entre los 9 a 17 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo consignado en la historia clínica por el médico psiquiatra infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, evaluado durante los meses de enero a diciembre 2013. Por otro lado, los controles serán elegidos del Servicio de Medicina Adolescente, sus edades se encontraban entre los 9 a 17 años de edad. Los sujetos de investigación cumplirán con los criterios de inclusión y exclusión del estudio (descritos más adelante). Para mantener la representatividad de la muestra con respecto a la población tanto casos como controles se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple.

Tamaño de Muestra:

Se utilizará la siguiente fórmula para el cálculo del tamaño muestral: (38)

- Frecuencia de exposición en los controles= 45,30 %
- OR previsto = 2 (38)
- Nivel de seguridad (α)= 95 %
- Poder estadístico ($1-\beta$) = 80 %

Con estos datos, para un planteamiento bilateral, y el cálculo del tamaño muestral, se utilizará la expresión:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$ y los valores $z_{1-\alpha/2}$ y $z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio. En particular, para una seguridad de un 95% y un poder estadístico del 80 % se tiene que $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ y $z_{1-\beta} = 0,84$.

Tamaños de muestra y potencia para estudios de casos y controles independientes

Proporción de casos expuestos: 62,35 %

Proporción de controles expuestos: 45,30 %

OR esperado : 2,000
Controles por caso : 1
Nivel de confianza : 95,0 %

Potencia (%)	Ji-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
80,0	Sin corrección	133	133
	Corrección de Yates	145	145

Criterios de inclusión:

Criterios de inclusión casos:

Paciente cuya edad se encuentre entre los 9 a 17 años de edad.

Diagnóstico de trastorno depresivo determinado por especialista en psiquiatría infanto juvenil, consignado en la historia clínica.

Paciente atendido en el Servicio de Psiquiatría infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de enero a diciembre 2013.

Criterios de inclusión Controles:

Paciente cuya edad se encuentre entre los 9 a 17 años de edad.

Paciente que no tenga diagnóstico de trastorno depresivo.

Paciente atendido en el Servicio de Medicina del Adolescente del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de enero a diciembre 2013.

Criterios de exclusión:

Criterios de exclusión casos

Paciente que tenga enfermedad psiquiátrica concomitante (trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta alimentaria, trastorno ansioso).

Paciente que tenga enfermedad orgánica concomitante (genética, cardíaca, neurológica, hematológica, reumatológica, metabólica, inmunológica, endocrinológica, pulmonar, renal, digestiva, neoplásica, VIH), u otra enfermedad de importancia clínica que la literatura científica haya asociado con depresión

y se encuentre consignado en la historia clínica.

No se considerará los casos de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo que sea secundario a abuso, sobredosificación o efecto colateral del consumo de una sustancia (droga, toxina o medicamento).

No se incluirán las historias clínicas que estén fuera del tiempo previsto para el estudio. Tampoco se considerarán las historias incompletas.

No se incluirán aquellos niños o adolescentes que presenten cualquier grado de retardo mental consignado en la historia clínica, diagnosticado en el Servicio o fuera de éste.

Criterios de exclusión controles

Paciente que presente enfermedad psiquiátrica que no sea trastorno depresivo (trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno ansioso, trastorno de conducta).

Paciente que tenga enfermedad orgánica concomitante (genética, cardíaca, neurológica, hematológica, reumatológica, metabólica, inmunológica, endocrinológica, pulmonar, renal,

digestiva, neoplásica, VIH), u otra enfermedad de importancia clínica que la literatura científica haya asociado con depresión y se encuentre consignado en la historia clínica.

Se excluirán las historias clínicas de los pacientes que presenten cualquier grado de retardo mental consignado en la historia clínica, diagnosticado en el servicio de psiquiatría o fuera de éste.

Tampoco se incluirán las historias clínicas incompletas.

2.3 Procedimientos de recolección y procesamiento

Se revisaron historias de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo del Servicio de Psiquiatría e historias del Servicio de Medicina y pediatría, correspondientes al periodo de estudio ya especificado. Después se seleccionarán los casos y controles por muestreo aleatorio simple y cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión para caso y control. Posteriormente estos datos se analizarán según el análisis de datos estadístico planteado según programa SPSS versión 18. Se evaluaron los resultados, se procedió a la discusión de los mismos y, finalmente, al planteamiento de conclusiones y recomendaciones para investigaciones futuras.

Se confeccionó un cronograma de trabajo para desarrollar el estudio en un periodo de 4 meses desde la revisión de la bibliografía hasta la publicación, en tiempos apropiados y en cada momento de la investigación se trabajó en coordinación con la Oficina de Capacitación y Docencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen al igual que con la Unidad de Estadística y se contó con asesoramiento de un médico psiquiatra del Servicio de Psiquiatría infanto juvenil.

Los datos obtenidos se ordenaron y procesaron utilizando el programa SPSS 21. La significancia de los resultados se determinó a través de la prueba del Chi cuadrado de Pearson (X^2) con un intervalo de confianza del 95% y un P (probabilidad de error menor del 5%) y con estadística inferencial. Para evaluar el factor de riesgo, se utilizó el OR considerándose factor de riesgo asociado al OR mayor de 1 con un intervalo de confianza que no contenía a la unidad con un $P < 0.05$). Para las tablas y gráficos, se usaron los programas Cristal Report y Microsoft Excel.

2.4 Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una ficha prediseñada para los fines del estudio, la cual fue validada por los médicos especialistas del servicio de Psiquiatría infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

2.5 Aspectos éticos

El presente trabajo no colisiona con aspectos éticos toda vez que se recoge información de los registros del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los pacientes no son sujetos a ningún tipo de intervención de manera previa o posterior a la recolección de los datos.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA 01. MEDIAS DE LA EDAD SEGÚN SEXO

	Sexo	Media	N	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo	% del total
Casos	Femenino	14.44	91	2.27	9.00	17.00	62.76%
	Masculino	13.96	54	2.16	9.00	16.00	37.24%
	Total	14.26	145	2.24	9.00	17.00	100.00%
Controles	Femenino	12.91	86	2.52	10.00	17.00	59.31%
	Masculino	13.54	59	3.11	9.00	17.00	40.69%
	Total	13.17	145	2.78	9.00	17.00	100.00%

Nuestro estudio estuvo conformado por 290 pacientes (145 casos y 145 controles). Entre los casos, la media global de edad fue de 14.26 +/- 2,24 años, la mínima edad de 9 años y la máxima de 17 años para ambos sexos, el 62.7% de los casos fueron mujeres. Entre los controles, la media de la edad fue de 13,17 +/- 2,78 años, siendo la mínima edad de 9 años para los varones y 10 para las mujeres, la máxima edad fue 17 años para ambos sexos, el 59.31% de los controles fueron mujeres.

GRAFICO 01. Medias de la edad según sexo

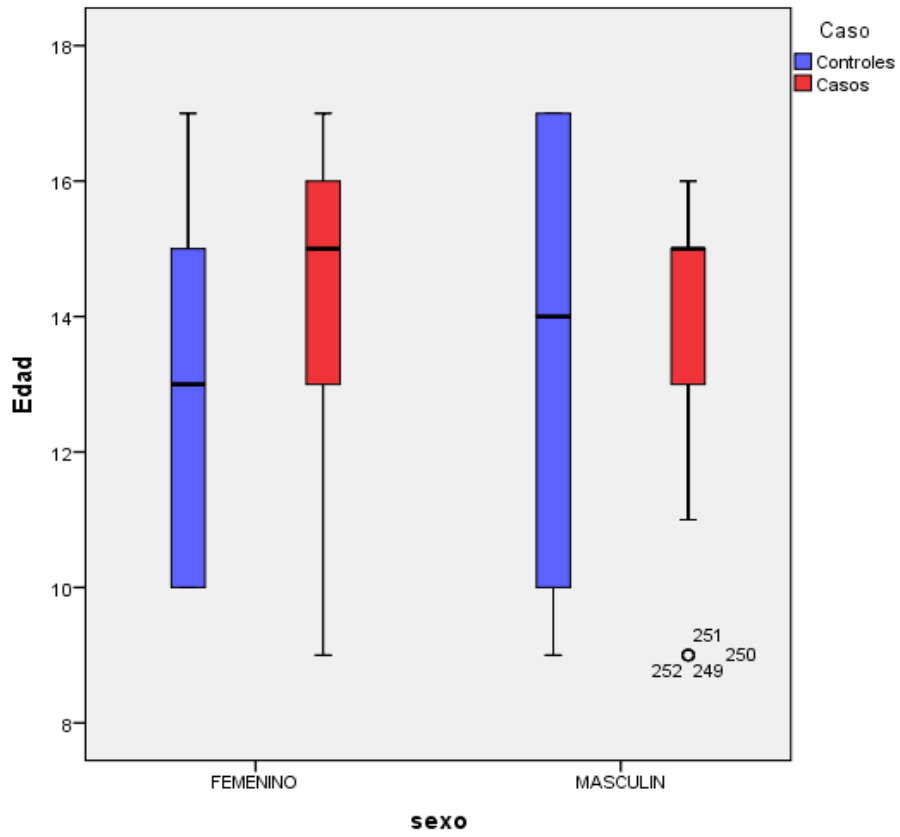


Tabla 02. Análisis de frecuencias de las variables estudiadas

Variables estudiadas		Casos		Controles	
		N	%	N	%
Etapa	Niño	21	14.5%	20	34.5%
	Adolescente	124	85.5%	95	65.5%
Diagnóstico consignado en la historia clínica por médico psiquiatra infante juvenil	No	0	0%	145	100%
	Trastorno depresivo mayor	92	63.5%	0	0%
	Trastorno depresivo no especificado	38	26.2%	0	0%
	Distimia	5	3.4%	0	0%
	Episodio depresivo	10	6.9%	0	0%
Familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno depresivo con o sin tratamiento	No	68	46.9%	96	66.3%
	Madre	65	44.8%	28	19.3%
	Padre	8	5.5%	16	11.0%
	Padre y madre	4	2.8%	5	3.4%
Antecedentes de suicidio de familiar de primer grado	Si	32	22.1%	34	23.5%
	No	113	77.9%	111	76.5%
Disarmonía familiar	No	55	37.90%	109	75.20%
	Divorcio o separación de los padres	65	44.80%	36	24.80%
	Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres	13	9.00%	0	0%
	Conflicto de pareja	4	2.80%	0	0%
	Infidelidad del padre	4	2.80%	0	0%
	Abandono del padre	4	2.80%	0	0%
Enfermedad crónica grave de un familiar	Si	32	22.1%	56	38.6%
	No	113	77.9%	89	61.4%
Abuso de sustancias (alcoholismo, drogadicción) en un familiar	Si	28	19.3%	4	2.8%
	No	117	80.7%	141	97.2%
Enfermedad médica de familiar	No	137	94.50%	93	64.10%
	Hta	0	0.00%	8	5.50%
	Diabetes	0	0.00%	16	11.00%
	Artrosis	0	0.00%	4	2.80%
	Sin, no especificada	8	5.50%	20	13.80%
	Fibromialgia	0	0.00%	4	2.80%
Violencia intrafamiliar	No	22	15.2%	89	61.4%
	Violencia física	9	6.2%	8	5.5%
	Violencia psicológica	41	28.3%	16	11.0%
	Violencia sexual	4	2.8%	0	0.0%
	Violencia física y psicológica	33	22.8%	0	0.0%
	Negligencia de los padres	16	11.0%	28	19.3%
	Violencia psicológica sexual	8	5.5%	4	2.8%
	Violencia física, psicológica sexual	12	8.2%	0	0.0%
Estresor social	No	46	31.7%	77	53.1%
	Conflicto con compañeros de clase	65	44.8%	48	33.1%
	Ruptura con la pareja sentimental	8	5.5%	8	5.5%
	Sin especificar	5	3.4%	4	2.8%
	Problemas en estudios	4	2.8%	0	0.0%
	No asiste al colegio por recibir tratamiento médico	5	3.4%	0	0.0%
	Conflicto con el docente	8	5.5%	0	0.0%
	Conflicto con compañeros de clase, ruptura con la pareja sentimental	4	2.8%	8	5.5%

En relación al análisis de frecuencias de las variables estudiadas, encontramos que el 75,5% (85.5 % casos y 65.5% controles) de los pacientes son adolescentes. El 53% de los casos tuvieron algún familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno depresivo y entre ellos el más importante es la madre con el 44.8%, en los controles el 33.7% presentó familiar con diagnóstico de trastorno depresivo, la madre es la más importante con el 19.3%. El 22,1% de los casos y 23.5% de los controles presentó antecedente de suicidio de un familiar. Con respecto a la disarmonía familiar el 75% de los controles no presentó esta variable, en contraposición al grupo de casos donde se obtuvo un 37.9%, también observamos que la separación de los padres fue la variable más frecuente en ambos grupos (44,8% entre los casos y 24.8% en los controles). El 38.6% de los controles y el 22.1% de los casos presentaron familiares con enfermedad crónica grave. En cuanto al abuso de sustancias se observó que el 19.3% de los casos presentó este antecedente, a diferencia del 2.8% en los controles. La violencia intrafamiliar de mayor frecuencia fue la violencia psicológica para los casos con 28.3%, en tanto que en los controles fue la negligencia de los padres fue la más representativa con 19.3%. El estresor social más frecuente fue el conflicto con los compañeros de clase 44.8% para los casos y 33.1% para los controles.

Tabla 03. Depresión según características sociodemograficas								
		Depresión				OR	Ic(al 95%)	p valor
		Si	No	Si	No			
		Caso		Controles				
Sexo	Masculino	54	0	0	59	Ns		
	Femenino	91	0	0	86			
Etapa	Niño	21	0	0	50	3.1	1.69 - 5.76	<0,05
	Adolescente	124	0	0	95			
Enfermedad crónica grave de un familiar	Si	32	0	0	56	0,4	0,6-0,8	<0,05
	No	113	0	0	89			
Abuso de sustancias (alcoholismo, drogadicción)	Si	28	0	0	4	8,4	8.44 - 29.25	<0,05
	No	117	0	0	141			
Enfermedad medica de un familiar	Si	8	0	0	52	0,1	0,1-0,24	0.000
	No	137	0	0	93			

En relación a la depresión, según las características sociodemográficas, encontramos que hubo una asociación estadísticamente significativa de depresión en el adolescente y el abuso de sustancias de un familiar (OR=8, existe 8 veces más de probabilidad que un paciente presente depresión si su familiar abusa de alcohol o drogas). El adolescente tiene incrementado el riesgo de tener depresión (OR=3, existe 3 veces más de probabilidad que un adolescente presente depresión respecto a un niño). Asimismo, encontramos que el no tener una enfermedad médica y el no tener un familiar con enfermedad crónica resultaron ser factores protectores.

Tabla 04. Violencia familiar y disarmonía familiar como son factores de riesgo de trastorno depresivo en niños y adolescentes								
		Depresión				Or	Ic(al 95%)	p valor
		Caso		Control				
		Si	No	Si	No			
Disarmonía familiar	No	55	0	0	109			
	Divorcio o separación de los padres	65	0	0	36	3.58	2.06-6.24	0.0000
	Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres	13	0	0	0	ND		
	Conflicto de pareja	4	0	0	0	ND		
	Infidelidad del padre	4	0	0	0	ND		
	Abandono del padre	4	0	0	0	ND		
Disarmonía familiar	Si	90	0	0	36	4,9	2.9--8.4	0.0000
	No	55	0	0	109			
Violencia intrafamiliar	No	22	0	0	89			
	Violencia física	9	0	0	8	4.55	1.4-14.93	<0.05
	Violencia psicológica	41	0	0	16	10.4	1.65-23.47	0.0000
	Violencia sexual	4	0	0	0	ND		
	Violencia física y psicológica	33	0	0	0	ND		
	Negligencia de los padres	16	0	0	28	2.31	1-5.6	<0.05
	Violencia psicológica sexual	8	0	0	4	8.09	1.96-35.7	<0.05
	Violencia física, psicológica sexual	12	0	0	0	ND		
Violencia intrafamiliar	Si	123	0	0	56	8,8	4.8-16.28	0.0000
	No	22	0	0	89			

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión en los pacientes con disarmonía familiar (OR=4.9, existe aproximadamente 5 veces más de probabilidad que un niño o adolescente con disarmonía familiar presente depresión), entre los factores de disarmonía el más importante resultó ser el divorcio o la separación de los padres (OR=3.58, existe aproximadamente 4 veces más de probabilidad que un

paciente de padres divorciados presente depresión), respecto a la violencia familiar (OR=8.8 veces más de probabilidad que un paciente que vive en medio de la violencia familiar presente depresión); entre las variables de violencia intrafamiliar aparecen 4 relevantes, siendo más importantes la violencia psicológica (OR=10.4, existe aproximadamente 10 veces más de probabilidad que un paciente que ha sufrido violencia psicológica presente depresión), la violencia psicológica y sexual (OR=8.09, existe aproximadamente 8 veces más de probabilidad que un paciente que ha sufrido violencia psicológica sexual presente depresión), violencia física (OR=4.55, existe aproximadamente 5 veces más de probabilidad que un paciente que ha sufrido violencia física presente depresión) y la negligencia de los padres (OR=2.3, existe aproximadamente 2 veces más de probabilidad que un paciente que ha sufrido negligencia de los padres presente depresión). El paciente con depresión que tenían disarmonía familiar y violencia intrafamiliar presentan un Or=13.7 que indica que existe aproximadamente 14 veces más de probabilidad de que un niño o adolescente que ha sufrido estas dos variables presenten depresión, teniendo en cuenta que el 62,1% de los pacientes con depresión tenían disarmonía familiar y el 84,8% refirieron violencia intrafamiliar.

Tabla N°05. Depresión según trastorno depresivo en un familiar de primer o segundo grado								
		Depresión				Or	Ic(al 95%)	p valor
		Caso		Control				
		Si	No	Si	No			
Familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno depresivo con o sin tratamiento	No	68	0	0	96	Ns		
	Madre	65	0	0	28	3.28	1.84-5.85	<0.05
	Padre	8	0	0	16	Ns		
	Padre y madre	4	0	0	5	Ns		
Familiar de primer grado con depresión	Si	77	0	0	49	2,2	1,3-3,6	<0,05
	No	68	0	0	96			

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión asociada al diagnóstico de depresión en familiar de primer grado (OR=2.2, existe 2.2 veces más de probabilidad que un niño o adolescente con antecedente de familiar presente depresión). (P<0,05), siendo el factor más importante el que la madre presente dicho diagnóstico (OR=3.28, existe 3 veces más de probabilidad que un niño o adolescente cuya madre tiene antecedente presente depresión). El 53,1% de los pacientes con depresión tuvieron familiares con el mismo diagnóstico entre los casos y el 34% entre los controles.

		Depresión				Or	Ic(al 95%)	p valor
		Caso		Control				
		Si	No	Si	No			
Estresor social	No	46	0	0	77			
	Conflicto con compañeros de clase	65	0	0	48	2.27	1.3-3.96	<0.05
	Ruptura con la pareja sentimental	8	0	0	8	NS		
	Sin especificar	5	0	0	4	NS		
	Problemas en estudios	4	0	0	0	ND		
	No asiste al colegio por recibir tratamiento medico	5	0	0	0	ND		
	Conflicto con el docente	8	0	0	0	ND		
	Conflicto con compañeros de clase, ruptura con la pareja sentimental	4	0	0	8	NS		
Estresor social	Si	99	0	0	68	2,4	1,5-4.05	<0,05
	No	46	0	0	77			

Los eventos estresores sociales incrementan el riesgo de manera significativa de padecer trastorno depresivo en niños y atendidos en el servicio de Psiquiatría (OR=2.4, existe 2.4 veces más de probabilidad que un paciente con estresor social presente depresión). (P<0,05), Sin embargo es el conflicto con los compañeros que representa el factor más significativo de ellos (OR=2.27, existe 2 veces más de probabilidad que un paciente que tiene conflicto con los compañeros presente depresión). Observamos que los pacientes con depresión tuvieron una mayor frecuencia de conflicto con sus compañeros de clase (44,8%) entre los casos y 33.1% entre los controles.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Discusión

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión asociada al diagnóstico de depresión en el familiar de primer grado ($P < 0,05$), por lo que nuestros datos coinciden con lo reportado por investigadores que han encontrado que cuánto mayor edad tiene el niño, el hecho de estar preocupado por la familia, el alcoholismo de los padres, sufrir de enfermedades orgánicas frecuentes y el estado psicopatológico de la madre se asocia con más frecuencia a los trastornos depresivos en los niños^{11,12}. Es así que las hijas adolescentes de madres con síntomas depresivos representan un grupo más susceptible de presentar sintomatología depresiva que aquellas que no tienen madres deprimidas¹³⁻¹⁶. Así también, los hijos de padres alcohólicos presentan no sólo mayor riesgo de desarrollar alcoholismo en la adultez, sino también, de presentar algún grado de depresión durante su niñez y/o adultez¹⁷⁻²⁰.

Encontramos en nuestro estudio que un factor de depresión es el conflicto con los compañeros de clase, por lo que diferimos con lo reportado por otros estudios donde resaltan que la

pérdida de la pareja sentimental, o de un amigo cercano en el último año, el pobre desempeño escolar y el consumo de tabaco son factores que favorecen la aparición de trastornos depresivos en la adolescencia²¹⁻²⁴.

La depresión que se inicia en la adolescencia se caracteriza por una tasa familiar más alta de enfermedad afectiva que cuando los trastornos afectivos comienzan en edades más tardías; así como por una mayor asociación con enfermedades psiquiátricas tales como trastornos de la conducta, ansiedad y déficit de atención; por un curso crónico recidivante de la enfermedad, con un deterioro a corto y largo plazo de la funcionalidad social e interpersonal y por unas tasas aumentadas de abuso de sustancias y alto riesgo de suicidio consumado²⁵⁻²⁷.

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión en los pacientes con disarmonía y violencia familiar. Los niños y adolescentes, cuyos padres en algún momento de su vida hayan experimentado un episodio depresivo, son más susceptibles al efecto depresor de un evento estresante, en comparación a un adolescente, cuyo padre no padece de algún trastorno depresivo. Aunque eventos estresantes mayores como muerte de un padre, enfermedad crónica grave de un

familiar, abuso físico, psicológico y/o sexual se asocian con depresión infantil, eventos de menor envergadura como divorcio familiar, ruptura con la pareja sentimental, transición a un nuevo colegio, muerte de una mascota también representan un riesgo importante para la aparición de síntomas depresivos³¹⁻³³.

Un acápite especial merece el hecho de que madres deprimidas y expuestas a violencia intrafamiliar no cortan el círculo vicioso, sino más bien generan castigo físico en sus hijos y por ende sintomatología depresiva. Así también la depresión materna crónica se ha asociado a mayor riesgo de injuria recurrente en niños pequeños.

Por otro lado, se ha visto que los conflictos con compañeros de clase, en especial ser objeto de amedrentamiento (Bull ying y cyberbullying), al inicio de la edad escolar como en la adolescencia, constituyen factores de riesgo para desarrollar trastorno depresivo^{21,22,39}.

Una adaptación inadecuada en la escuela puede condicionar a depresión. Encontramos una alta frecuencia de conflicto con los compañeros de clase, por lo que podemos inferir que los pacientes deprimidos no han logrado una buena adaptación,

por lo que coincidimos con algunos estudios acerca de depresión infantil. Autores como Bulnes, M. Ponce C., Huerta R., investigaron la relación entre el proceso de adaptación propia de la etapa adolescente y el desarrollo de depresión en adolescentes de colegios particulares y estatales; encontraron que una adaptación inadecuada se asocia a la aparición de síntomas depresivos en especial en colegios particulares²⁵. También se ha abordado el tema de desarrollo de depresión severa post traumática²⁶, y planteado que factores como sexo femenino, haber tenido enamorado(a), la comorbilidad con síndrome psicótico y los deseos de morir, se asocian a trastorno depresivo en adolescentes peruanos²⁷, pero sólo en estudios descriptivos. Por eso, necesitamos estudios de mayor nivel de evidencia que ayuden a demostrar estos planteamientos buscando determinar los factores que se asocian a la depresión infantil de una forma más integral.

En base a nuestros datos, hemos de inferir que los niños y adolescente provienen de familias disfuncionales donde prima la violencia intrafamiliar, por lo que coincidimos con lo reportado por Ulloa-Flores (2011), quien refiere que el trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta y se ha asociado a

disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida. La psicoeducación es el primer componente del tratamiento psicosocial. La psicoterapia tiene como objetivo la reducción de la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria. La terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual han mostrado eficacia en niños y adolescentes en ensayos controlados. Es importante el seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida⁴⁰.

Encontramos que la depresión en niños y adolescentes se asocia a disarmonía y violencia familiar por lo que coincidimos con lo reportado por Brière F (2013), quien realizó un trabajo con el objetivo de demostrar que los síntomas depresivos en adolescentes se asocian con las relaciones familiares difíciles.

Los sistemas de la familia y las relaciones interpersonales sugieren que esta asociación podría reflejar los síntomas de depresión. Pocos estudios longitudinales han probado esta hipótesis y los resultados de estos estudios han sido contradictorios. En este estudio examinaron las posibles asociaciones en la adolescencia temprana y los síntomas

depresivos en base a dos aspectos importantes de las relaciones entre padres e hijos: comunicación y conflicto. Los participantes fueron 3862 estudiantes. Se encontró asociación entre síntomas depresivos y conflicto percibido con los padres, pero no entre síntomas depresivos y comunicación con los padres⁴³.

En nuestro estudio encontramos que la depresión es más frecuente en niñas (62,8%), por lo que coincidimos con lo reportado por Mc Guinness TM (2012), quien refiere que la depresión en adolescentes es más común en las niñas; esta disparidad de género se hace más evidente durante la adolescencia. Los modelos de vulnerabilidad-estrés ayudan a explicar estas diferencias, y una tendencia a la poca comunicación puede desempeñar un papel en el desarrollo y la continuación de síntomas depresivos⁴⁴.

En nuestro estudio no contamos con el reporte de intentos de suicidio por lo que nuestros datos difieren con lo reportado por Nair MK (2013), quien refiere que los estudios de la India documentan sistemáticamente las tasas de suicidio más altas del mundo, y la mayoría de los suicidios han sido en adolescentes.

4.2 Conclusiones

1. La violencia familiar y la disarmonía familiar aparecen como factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en niños y adolescentes en el servicio de psiquiatría infanto juvenil siendo el divorcio de los padres un factor más importante.
2. La presencia de trastorno depresivo en un familiar de primer grado representa un mayor riesgo de depresión en un niño o adolescente, principalmente cuando este se presenta en la madre.
3. No se pudo esclarecer si el haber presentado un episodio de depresión favorece la aparición de un segundo episodio en el niño o adolescente.
4. Entre los eventos estresores el más importante es el conflicto con los compañeros de clases como un factor que incrementa el riesgo de presentar trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría.

4.3 Recomendaciones

Realizar un estudio longitudinal, multicéntricos con una muestra mayor, donde se incluyan más variables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gladstone T. The prevention of depression in at-risk adolescents: Current and future directions. *J of Cognitive Psychotherapy*. 2000; 14: 9–23.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos: Salud Mental- Depresión. [Publicación en línea] Disponible en Internet en http://www.who.int/Mental_health/management/depression/definition/ [Fecha de acceso: 11 de marzo, 2011].
3. Kessler RC, Üstün TB: The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods in Psychiatric Research* 2004; 13:93-121.
4. Woolfolk A, *et al.* Psicología educativa. [Publicación en línea] México: Prentice Hall, 2007; Disponible en Internet en: <http://books.google.com.pe/> Fecha de acceso: 10 de octubre, 2010].
5. Parmelee D. Psiquiatría del niño y adolescente. 3° edición. España. Editorial Harcourt Brace. 2000.
6. Valdivia M. Manual de psiquiatría infantil. 1° edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. 2002.
7. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz. Lima- Perú. [Publicación en línea]

Disponível em Internet em www.minsa.gob.pe // [Fecha de acceso: 11 de marzo, 2011].

8. Vinaccia S, Milena, A, Atehortúa L. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años de edad del oriente antioqueño a partir del “Child Depression Inventory” – CDI – Revista Perspectivas en Psicología. 2006 ;2: 217-27
9. López C, Alcántara, M. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). Anales de Psicología, 2010; 26; 2: 325-34.
10. Campo Arias, et al. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. Archivos de Pediatría Uruguay 2005; 76,1:22-8.
11. Bragado C, Bersabé R. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos, y de eliminación en niños y adolescentes. Revista Psicothema 2005; 11(4): 939 -56.
12. Mian L, Azenha, L. A Depressão Materna e o Comportamento de Crianças em Idade Escolar Psicol, Teoria e Pesquisa 2009; 25; 1: 29-37.
13. Jaser S, Fear, J. Maternal Sadness and Adolescents

- Responses to Stress in Offspring of Mothers with and without a History of Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013; 37: 736–46.
14. Hussong A, Flora, DB. Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of Alcoholic Parents. *Dev. Psychopathology*; 2013; 20: 165–93.
 15. Camdeviren H, Mendes, M. Determination of Depression Risk Factors in Children and Adolescents by Regression Tree Methodology. *Acta Médica Okayama*. 2005; 59; 1: 9 - 26.
 16. Royo J. Trastornos depresivos en la infancia y en la adolescencia. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*. 2002; 25(3):97-103.
 17. Bouma M, Ormel, E. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment. *J of Affective Disorders* 2013; 105: 185 -93.
 18. Lewinsohn P, Roberts, R. Psychosocial risk factors for depression. *J of Abnormal Psychology*. 2005: 103; 302 - 15.
 19. Silverstein M, Augustyn, M, Young, R. The Relationship Between Maternal Depression, In-Home Violence, And Use Of Physical Punishment: What Is The Role Of Child Behavior? *Archives of Disease in Childhood* 2009; 94;2:

- 138–43.
20. Schwebel D, Brezausek, C. Chronic Maternal Depression and Children's Injury Risk. *J of Pediatr Psychol* 2013; 33; 10: 1108–16.
 21. Perren S, Alsaker, D. Depressive symptoms from kindergarten to early school age: longitudinal associations with social skills deficits and peer victimization *Child and Adolesc Psychiatry and Mental Health* 2009; 3:28- 38.
 22. Perren S, Dooley, J, Shaw, T. Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child and Adolesc Psychiatry and Mental Health* 2010; 4:28- 37.
 23. Xing F, Keenan, K. Longitudinal Associations between Emotion Regulation and Depression in Preadolescent Girls: Moderation by the Caregiving Environment. *Dev Psychol*. 2009; 45; 3: 798–808.
 24. Pelaz Antolín A. Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista Pediátrica Atención Primaria*. 2013; 10: 617-25.
 25. Bulnes M., Ponce C, Huerta, R. Ajuste Psicosocial y estado depresivo en adolescentes en centros escolares en Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*. 2005; 8(2): 23-39.
 26. Miranda G, Cruz, V, Albornoz, D. Prevalencia y Factores

- asociados con depresión severa en los damnificados en el incendio del Asentamiento Humano Lomo de Corvina, Villa El Salvador, Perú. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2013; 11: 30-42.
27. Vargas H, Tovar, H, Valverde, J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. *Rev Neuropsiquiátrica* 2010; 73(3): 84 -94.
28. Gitanjali S, et al. Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms among Young Adolescents. *Arch Pediatric Adolesc Med.* 2004; 158:760-65.
29. Wang P, Berglund P, Kessler R. Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *Jof General Internal Medicine* 2000; 15:284-92.
30. Cumsille P, Loreto M. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev. Chilena Pediátrica.* 2001; 68 2:74-7.
31. Cogollo Z, Campos, A. Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Cienc. Salud. Bogotá.* 2007; 5; 33-39.
32. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -

- revisado (*DSM-IV-TR*). 2000. Masson. Barcelona.
33. Abela J. Handbook of Depression in children and adolescents. 1° edition. Guilford Publications. New –York, United States. 2013.
 34. Khalil A, Rabie, M, Abd-El-Aziz, M. Clinical characteristics of depression among adolescent females: a cross-sectional study. *Child and Adolesc Psychiatry and Mental Health* 2010; 4:26-33.
 35. Costello E. Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 28; 5: 851 – 5.
 36. Cytryn L. Growing up Sad: Childhood Depression and its Treatment. 1°edition Guilford Publications. Washington D.C, United States. 2005
 37. Qavince J, G. Asis, S, Oliveira, R. Síntomas depresivos en la adolescencia. Estudio de factores psicosociales en muestra de escolares de un municipio de Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Salud Pública* 2013; 24: 2334-46.
 38. Lazcano E, Salazar, E. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud Pública de México* 2001; 43; 135-50.
 39. “Registro de Hojas Hiss” de Enero a Diciembre 2013 del Servicio de Psiquiatría. Oficina de Estadística e

Informática del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

40. Ulloa-Flores. Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud*; 2011; 34(5): 403-7.
41. Palanca M. Riesgo de suicidio en población pediátrica tratada con antidepresivos: impacto de la alerta de 2003 en la prescripción e investigación en eficacia y seguridad. *Rev Chil Pediatr*; 2011; 82(4): 277-88.
42. Chaskel Roberto. Depresión en niños y adolescentes. *Acta Neurol. Colomb*; 2006; 22(2): 195-200.
43. Brière FN. Reciprocal prospective associations between depressive symptoms and perceived relationship with parents in early adolescence. *Can J Psychiatry*. 2013; 58(3):169-76.
44. Mc Guinness TM, Gender differences in adolescent depression. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2012; 50(12):17-20.
45. Nair MK. Adolescent suicide: characterizing the need and identifying the predictive factors for preventive consultation or hospitalization in a rural community setting. *Int J Adolesc Med Health*. 2013; 25(1):81-6.

ANEXO N°01:

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ANEXOS**

N° DE HISTORIA CLÍNICA:

EDAD:

SEXO: Masculino

Femenino

NIÑO:

ADOLESCENTE:

**DIAGNÓSTICO CONSIGNADO EN HISTORIA CLÍNICA POR
MÉDICO PSIQUIATRA:**

- Trastorno depresivo mayor
 Trastorno depresivo no especificado
 Distimia

FACTORES DE RIESGO: (MARCAR CON UN ASPA)

INTRÍNSECOS:

A.- Antecedente de episodio depresivo previo en la persona:
SÍ NO

B.- Familiar de 1° grado con diagnóstico de trastorno
depresivo con o sin tratamiento

Madre
Padre
Ambos

C. Antecedente de suicidio en familiares de primer grado

EXTRINSECOS:

I- FAMILIARES:

A.- Disarmonía familiar: SÍ NO

Divorcio o separación de los padres

Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres

Especificar:_____

B.- Enfermedad crónica grave de un familiar: SÍ NO

Abuso de sustancias (Alcoholismo, drogadicción)

Enfermedad médica (HTA, diabetes, cáncer, insuficiencia renal)

Especificar:_____

C.- Violencia intrafamiliar: SÍ NO

Violencia física

Violencia psicológica

Violencia sexual

Violencia física y psicológica

Negligencia de los padres

II.- SOCIALES- ACADÉMICOS:

A.- ESTRESOR SOCIAL: SÍ NO

Conflicto con compañeros de clase

Ruptura con la pareja sentimental

Especificar:_____

FECHA DE LLENADO: DÍA MES AÑO

FIRMA Y NOMBRE DEL QUE RECOLECTA LA INFORMACIÓN.....

