

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

AUTOR

**HEIDY LIZBETH SAAVEDRA PÉREZ**

RECUENTO DE PALABRAS

**8799 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**47358 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**48 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**128.4KB**

FECHA DE ENTREGA

**Jul 22, 2024 12:48 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jul 22, 2024 12:49 PM GMT-5**

### ● 12% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DE  
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO  
LOAYZA EN EL AÑO 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA**

**PRESENTADO POR  
HEIDY LIZBETH SAAVEDRA PÉREZ**

**ASESOR  
EDILBETO TEMOCHE ESPINOZA**

**LIMA, PERÚ  
2023**

## ÍNDICE

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> ..... | <b>3</b>  |
|          | 1.1 Descripción de la situación problemática.....   | 3         |
|          | 1.2. Formulación del problema .....                 | 5         |
|          | 1.3. Objetivo .....                                 | 5         |
|          | 1.3.1. Objetivo general.....                        | 5         |
|          | 1.3.1. Objetivos específicos.....                   | 6         |
|          | 1.4 Justificación.....                              | 6         |
|          | 1.4.1 Importancia .....                             | 6         |
|          | 1.4.2 Viabilidad y factibilidad.....                | 7         |
|          | 1.5 Limitaciones.....                               | 8         |
|          | <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....             | <b>10</b> |
|          | 2.1 Antecedentes .....                              | 10        |
|          | 2.2 Bases teóricas .....                            | 21        |
|          | 2.3 Definición de términos básicos .....            | 23        |
|          | <b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....    | <b>24</b> |
|          | 3.1. Formulación .....                              | 24        |
|          | 3.2 Variables y su definición operacional .....     | 24        |
|          | <b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b> .....               | <b>27</b> |
|          | 4.1 Diseño metodológico.....                        | 27        |
|          | 4.2 Diseño muestral .....                           | 27        |
|          | 4.3. Técnicas de recolección de datos.....          | 28        |
|          | 4.4. Procesamiento y análisis de datos .....        | 30        |
|          | 4.5 Aspectos éticos.....                            | 30        |
|          | <b>CRONOGRAMA</b> .....                             | <b>32</b> |
|          | <b>PRESUPUESTO</b> .....                            | <b>33</b> |
|          | <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....                           | <b>34</b> |
|          | <b>ANEXOS</b> .....                                 | <b>38</b> |
|          | 1.Matriz de consistencia .....                      | 38        |
|          | 2.Instrumento de recolección de datos .....         | 40        |
|          | 3.Autorización .....                                | 46        |
|          | 4.Asentimiento informado.....                       | 47        |

## 5 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

Según la Organización mundial de la salud (OMS) describe a la depresión como la principal causa de enfermedades discapacitantes en niños comprendidos entre los 10 - 19 años, llevando a muchos niños a cometer suicidio, debido a ello Elizabeth Mason, hace un llamado al personal de salud a prestar mucha atención a este grupo etario, y tomar las medidas oportunas y adecuadas por el bien de la salud de los niños. (1)

En los últimos años se ha visto una notable prevalencia de trastornos depresivos en la edad infantil y adolescente, esta puede afectar a personas de cualquier edad, estatus socioeconómico generando un gran coste tanto a nivel individual, familiar, al sistema de salud. A pesar del impacto que tiene no se han realizado muchos estudios de investigación, en dichos estudios los resultados son variables, puede deberse a la dificultad del diagnóstico, criterios diagnósticos que se emplean o las técnicas de entrevista que se utilizan. Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 la prevalencia de trastornos depresivos en niños es de 1.8% de 9 años, del 2,3% entre los 13 -14 años y del 3,4% durante los 18 años. (2)

En Latinoamérica, concretamente en Perú, una gran parte de la población se ve afectada diariamente por la clínica de la depresión, desconociendo por completo el grado de implicancia en la salud mental, ya que alrededor de 1 700 000

padece de sintomatología depresiva, cerca del 55% no son diagnosticados y por lo tanto no se toman las medidas adecuadas. (3)

De igual manera, en Lima se ha identificado 350 000 personas con depresión, con posibilidad muy alta de llegar a cometer suicidio si no se actúa de forma inmediata y adecuada, de acuerdo a Castillo. (3)

Se ha visto que los cambios en la dinámica, los roles que se le asigna, los valores que se cultiva, límites que se establecen, la comunicación y ambiente emocional que se establezcan dentro de una familia, han ido favoreciendo la aparición de ciertas patologías a muy temprana edad, en la que encontramos la depresión, considerado ahora como un impacto de salud pública ya que tiene un grado de compromiso significativo en el desarrollo. Esto se ve reflejado en múltiples trabajos de investigación que asocian que un clima familiar disfuncional o estar expuesto a situaciones estresantes puede influenciar directamente en la aparición de depresión en sus diferentes grados.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi en los últimos 5 años, encontró que el 3,5% de niños presentan depresión, siendo más frecuente entre los 6 a 10 años de edad. (3)

Sin duda hoy en día se ve obstaculizado su diagnóstico por la poca información que poseen las personas a cargo de los niños, los pobres recursos para poder acceder a un profesional especializado en esta área que nos garanticen un

diagnóstico temprano y una oportuna intervención, disminuyendo considerablemente el riesgo suicida.

Se ha observado que la depresión en la población pediatría aumentado en frecuencia considerablemente en los últimos años (2). Si bien es cierto las causas son variadas, estas pueden incluir el desánimo en los padres, un origen genético y ambientales, situaciones que generen, divorcios difíciles, adicciones en alguno o ambos padres entre otros, a lo cual el personal de salud no presta la atención debida, olvidándose de ofrecer una atención integral, garantizando el bienestar del paciente logrado por una estabilidad entre la salud física, psicológica y social. Conociendo la realidad de esta situación se podría mejorar la atención en esta clase de pacientes, mediante la adecuada capacitación del personal de salud.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Se podrán determinar los factores asociados a trastornos depresivos en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022?

## **1.3. Objetivo**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar los factores asociados a trastornos depresivos en pacientes hasta los 18 años hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los años 2022

### 1.3.1. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos depresivos hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los 2022
- Determinar los tipos de trastornos depresivos en los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022
- Identificar los síntomas asociados que presenten los pacientes con trastorno depresivo hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022
- Conocer factores familiares asociados en pacientes con trastorno depresivo hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022

## 1.4 Justificación

### 1.4.1 Importancia

Esta investigación es importante ya que en la actualidad los trastornos de depresión en pacientes pediátricos se ha convertido en una patología de alta recurrencia convirtiéndose en una gran incertidumbre de salud pública en todo el mundo, por dicha razón es de vital importancia la adecuada identificación de factores de riesgo que se encuentran muy íntimamente relacionados a esta patología, evitando llegar a un desenlace fatales como es el suicidio, estadísticas actuales señalan que alrededor de un millón de personas de la población pediátrica principalmente adolescentes mueren debido a depresión, la gran

cantidad de estos caso por causas que actuando oportunamente se pueden prevenir o tratar debidamente. Hay que recordar que un trastorno depresivo infradiagnosticado e infra tratado, nos llevaría a un riesgo alto de que se cronifique y conlleve a patologías psiquiátricas en la edad adulta.

Por consiguiente, el adecuado conocimiento sobre esta enfermedad puede contribuir en la planificación de adecuados métodos y estrategias que ayuden en la intervención temprana, diagnóstico y la instauración de un tratamiento adecuado, ya que tiene una repercusión grande en el desarrollo y crecimiento personal, en el desenvolvimiento académico y la relación establecida con su familia y las relaciones interpersonales.

Por lo tanto, conociendo exactamente el número de casos y los factores de riesgo relacionados muy íntimamente a trastornos depresivos en la población pediátrica, se puede concientizar y realizar capacitaciones a personal que labora en salud en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y poder ofrecer una atención integral acorde a este tipo de pacientes, garantizando una detección precoz y oportuna, ayudando a evitar de esta manera la alta morbilidad y mortalidad en nuestros niños y adolescentes.

#### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

Esta investigación es factible, ya que a nivel institucional se tiene la autorización de la dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Asimismo, este trabajo es factible, debido a que se puede acceder al campo de investigación, ya que el investigador labora en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y la población en investigación es accesible.



Desde el punto de vista personal se tiene las herramientas cognitivas y el tiempo preciso que requiera la elaboración de la investigación.

Desde el punto de vista económico <sup>19</sup> este estudio es posible porque se tiene con los recursos económicos indispensables para solventar los gastos que se pueden generar al momento del traslado al lugar donde se hará la investigación y de esta manera realizar el proyecto de investigación; respecto a los materiales se cuenta con ordenador e internet para realizar la búsqueda de información que se requiera y análisis de los datos obtenidos.

### **1.5 Limitaciones**

Dado que el estudio será observacional, es decir que el indagador no manipulara ninguna de las variables, ya que se llevara acabo mediante la búsqueda de historias clínicas y fichas de recolección de datos, pudiendo ocasiona riesgo de sesgo de selección y provocar confusión, lo que indica que puede ocurrir una mala selección de los pacientes pediátricos que formaran parte del estudio, ocasionado por un mal llenado de las historias clínicas. Otras limitaciones que podemos encontrar es el sesgo de recuerdo en donde los participantes no pueden recordar eventos que son importantes para la investigación o generalmente se suelen produce cuando los controles recuerdan con mayor probabilidad una posible exposición.

Una limitación importante este estudio no nos permites establecer la medición de prevalencias.

Es bien sabido que no se encuentra mucha información de estudios realizados de trastornos depresivos en población pediátrica, en comparación a la hecha en población adulta, por lo expuesto este trabajo de investigación es relevante ya

que contribuiría a conocer cuan frecuente es esta patología y los factores de riesgo comunes a la cual se encuentra expuestos este tipo de pacientes, su presentación clínica que difiere a la que se da en adultos, generando un diagnóstico y terapéutica oportuna.

## 4 **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

Sánchez P y Cohen D en año 2020 publicó un trabajo sobre ansiedad y depresión en niños y adolescentes en población española, se encontró que en el 2015 se aplicó Cuestionario de Depresión para Niños en adolescentes entre los 12 y 16 años de los cuales 3.8% sufrían de depresión grave en comparación con el año 2015 que fueron el 1.8 %. En niños comprendidos entre los 7 y 12 años la prevalencia de la depresión estaría alrededor del 0.5 - 2 %, va aumentando con la edad, durante la infancia no existe diferencia significativa (4)

En el año 2018 se realizó la actualización de la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia, donde menciona que estudios realizados en U.S.A. concluyeron que la incidencia de depresión en niños es del 5 %, mientras que en adolescentes es del 20%, acercándose mucho a incidencia en adultos; en Australia se realizó un estudio en niño y adolescentes entre los 4 y 17 años, donde la prevalencia de depresión en niños(4 - 11 años) fue del 1.1 % y en adolescentes (12 - 17 años) del 5 %.(5)

Royo J y Fernández N en el año 2017 hicieron una investigación acerca de la depresión y suicidio durante la infancia y adolescencia, encontrando que aproximadamente alrededor del 5 - 10% sufren de sintomatología depresivo, la prevalencia de suicidio incrementa con los años teniendo su pico más alto entre lo 19 - 23 años, en España en el 2002 la tasa de suicidio fue de 0.38 por cada 100000 entre los 10 - 14 años y del 2.7 por cada 100000 entre los 15 - 17 años,

siendo más frecuente en varones, en cambio el gesto suicida es mucho más común en las féminas. (6)

Bhatta S et al , investigaron sobre la implementación de cuestionarios de salud para pacientes adolescentes entre los 12 - 18 años que tuvieron acceso al servicio de la clínica de atención primaria en pediatría de la secundaria con la finalidad de identificar aquellos que tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos, se usó un estudio retrospectivo, teniendo un total de 256 participantes de los cuales 144 presentaron depresión, enfatizando que las mujer sufren con más frecuencia de insomnio y cansancio, concluyó que la aplicación del protocolo de detección de depresión fue capaz de identificar episodios depresión de depresión mayor en adolescentes, que ayudaría al cuidado de la salud mental, mejorando la morbi-mortalidad y limitaciones funcionales que produce entre los adolescentes, ya que la depresión es muy común entre ellos (7)

En el año 2015 Gonzáles C et al, hizo un ensayo sobre depresión en población adolescente como un contratiempo encubierto de la salud pública y la práctica clínica, en la que menciona prevalencia en adolescentes en México, llegando a la conclusión que es más frecuente en mujer que en varones, sin embargo, en varones tiene un riesgo más alto de terminar en suicidio, cobrando una gran importancia su diagnóstico temprano para de esta manera lograr un abordaje adecuado. (8)

En el año 2020 Azúa E et al, publicó una investigación sobre acoso escolar como factor de riesgo de depresión y suicidio, se utilizó información bibliográfica de

importantes buscadores, encontrando que existe relación estrecha entre el acoso escolar y desarrollo síntomas depresivos, que pueden conducir al suicidio, concluyendo previniendo el acoso escolar puede evitarse la depresión y por ello el suicidio. (9)

Forman V. et al, en el año 2018 publicó un estudio sobre detección de depresión en atención primaria pediátrica , basándose en la evaluación de guías prácticas sobre el tema, concluyó que existen muchas guías que se pueden aplicar en la atención primaria sobre todo en adolescentes , y la importancias que tienen en la detección temprana de la depresión en este nivel de atención. (10)

En el año 2020 Hernández M et al, desarrollaron una investigación en Bogotá sobre la prevalencia de trastornos mentales en niños en un Hospital psiquiátrico Universitario del Valle, la muestra fue tomada de pacientes pediátricos atendidos en dicho nosocomio; llegando a encontrar más del 50 % son varones, el diagnóstico más frecuente fue episodio depresivo con un 11.6 %, concluyendo que la enfermedad mental más prevalente sigue siendo los episodios de depresión. (11)

Restrepo C et al, publicaron en el año 2016, una investigación sobre prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en la población infantil colombiana, basándose en las encuestas nacionales de salud mental del año 2015, la muestra fue sacada de población de niños entre los 7 y 11 años a los que se le aplicaron el Programa de Entrevistas Diagnóstica estructurada para niños (DISC-P), con resultados se obtuvo trastornos mentales más frecuentes presentes en estas

grupo etario comprenden el 2,5 % en los últimos 30 meses y el 3,2 % en el último año, concluyó que los datos proporcionados la esta encuentra son más precisos que estudios epidemiológicos anteriores realizados en este país. (12)

En el año 2021 Muñoz K et al, publicaron un estudio sobre prevalencia de la depresión y determinados factores asociados en los adolescentes, cuya muestra estuvo formada por 262 estudiantes de 14 - 18 años, que estudiaron en la Universidad Educativa Luis Cordero en Azogues durante el año 2019, es de tipo analítica - transversal. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta con escala HAD, en los resultados obtenido la prevalencia de la depresión fue del 25.9% siendo más frecuente en mujeres (14.1%) que en varones (11.8%). Concluyendo que la prevalencia de depresión en este grupo de población es frecuente principalmente en mujeres. (13)

Alrededor del año 2019 Borja C et al, publicó una revisión acerca de los factores que se encuentran relacionados al desarrollo de depresión en adolescentes, basados en la compilaciones de múltiples artículos científicos, texto y documentos que se podemos encontrar disponibles en la red, al igual que los autores citados anteriormente afirma que existen una gran variedad de factores de riesgo asociado que suelen interactuar y podría llegar a tener un efecto acumulativo y dar paso al desarrollo de depresión en niños y adolescentes. Algo muy interesante que menciona es que lo hijo de padres que tiene depresión, tiene entre 3 a 4 veces más riesgo de padecerla, también tiene una gran importancia el que pertenezcan hogares disfuncionales, sin dejar de lado la influencia de la sociedad a cual se encuentran expuestos que puede hacerles sentir rechazados.

Se menciona que la genética tiene un rol interesante si existen antecedentes en la familia de enfermedades mentales o depresión teniendo un riesgo de hasta el 50% de padecer depresión en este grupo etario. (14)

Hoyos E, en el año 2012 realizó un estudio que analiza los factores de riesgo y de protección de la depresión en adolescentes en Medellín, se trató de un estudio de casos y controles. Se centró en adolescentes de 9 a 19 años de escuelas públicas y privadas. Encontró que la cohesión familiar tuvo una asociación significativa positiva con la depresión, mientras que la integración social y el rendimiento académico mostraron asociaciones negativas significativas. Otros factores como eventos estresantes, relaciones familiares, espiritualidad y relaciones con pares también fueron considerados. Este análisis destaca la complejidad de los factores ambientales y sociales que influyen en los trastornos mentales en adolescentes, proporcionando orientación para futuras investigaciones y estrategias de intervención. (15)

Morales S, en el año 2020 hizo un análisis de diferentes investigaciones que corresponde a los años 2010 – 2020 en los que estudio los diferentes factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los adolescentes que desarrollan depresión. El análisis indica que la depresión en adolescentes puede ser influenciada por varios factores de riesgo que tienen un impacto significativo en su bienestar psicológico y físico el entorno en el que los adolescentes se desenvuelven desempeña un papel crucial en la formación de sus comportamientos y pensamientos. Los estándares contemporáneos de belleza y conducta pueden ejercer una presión considerable sobre los adolescentes,

llevándolos a ser críticos consigo mismos y provocando desequilibrios en su salud mental si no cumplen con estos estándares. Esto puede resultar en una autoestima baja y emociones negativas que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales. Por tanto, se destacan dos factores principales que pueden afectar la salud mental de los adolescentes. Primero, subraya la importancia del entorno familiar como un determinante crítico: un ambiente familiar hostil puede aumentar el riesgo de trastornos depresivos, ansiedad, ideación suicida y conducta suicida en los jóvenes. Segundo, el entorno escolar también puede ser un factor de riesgo significativo. Algunas instituciones académicas descuidan la salud mental de sus estudiantes, lo cual puede ser exacerbado por la falta de capacitación de los docentes para manejar situaciones como el bullying y el ciberacoso. (16)

Hernández J, et al , en el año 2019 realizó un estudio para determinar los factores implicados en la prevalencia de la depresión en infante y adolescentes mexicanos(Acapulco de Juárez entre los años 7 y 14, fue un estudio trasversal, conto con 238 participantes , en la que encontró que tener un peso elevado está asociada directamente con desarrollar depresión alrededor de 11.1%. (17)

Ossa AM et al, en el año 2015 investigo acerca de la <sup>21</sup>prevalencia de presentar depresión y factores vinculados en adolescentes de 13 hasta los 17 años, dicho estudio se realizó en Colombia utilizando una base de datos del 2003 sobre salud mental, la muestra estuvo formada por 1520 registros, la cual al ser analizada se encontró que el 7.1% tenían depresión mayor, las mujeres tienen el doble de riesgo de padecerla, en cuanto a la espiritualidad el no pertenecer a una



enespecífico aumenta el riesgo. También tiene mucha relación el consumir sustancias prohibidas, experimentar violencia dentro del hogar y sufrir la ruptura. (18)

Pogo D en el año 2016 realiza una tesis sobre la depresión en niños de 9 a 12 años y su relación con los factores de riesgo familiares, se realizó en Ecuador, fue estudio descriptivo – transversal, compuesto por una muestra de 220 participantes, encontró que el 29% padecieron de depresión entre moderada y severa, algo que llamo la atención es que en familias disfuncionales estuvo ligada al sexo masculino en 23%. (19)

En el año 2023 Prado D et al, publico un artículo de la manifestación de depresión en infantes y adolescentes con un enfoque epidemiológico, en el que se puede corroborar el aumento de la prevalencia de casos de depresión de un 24%(2001 – 2010) a un 37% (2011-2020), especialmente <sup>13</sup> durante el primer año de la pandemia del COVID-19. Entre los factores de riesgo durante este periodo se incluyen: el estrés parental relacionado con la pandemia, la falta de contacto social, el abuso infantil, la pérdida de familiares, problemas económicos, acceso limitado a servicios esenciales, tensiones entre el trabajo y las responsabilidades de Cuidado, deterioro de relaciones familiares, violencia doméstica y el estado emocional de los responsables. A demás existe un estrecha relación del 70% con los casos de suicidio. (20)

En el año 2022 Silva D, Del Villar O y Gutierrez M, presentaron un estudio cuyo contenido fue <sup>17</sup> factores de riesgo asociados a distintos niveles de depresión y

sintomatología presente en adolescentes en de México, estuvo integrado por 798 alumnos, la cual concluyo que más de 50% de la muestra presentaron depresión con predominio de síntomas leve. El estudio indica que varios factores de riesgo están estrechamente relacionados con los síntomas de depresión en adolescentes, como el género, la estructura familiar, la relación de los padres, la situación económica y la exposición a la violencia, coincidiendo con investigaciones anteriores. Se observará que los síntomas depresivos varían según el género: los hombres experimentaron más disgusto, angustia, enfermedades del sueño, falta de energía y dificultades para concentración, mientras que las mujeres reportaron más alteraciones del apetito, sentimientos de baja autoestima y dificultades psimotoras. (21)

En el año 2014 Muñoz M, publico una tesis sobre la depresión en adolescentes y los factores de riesgo familiares y personales que se encuentran asociados, este estudio se realizó en 453 adolescentes chilenos de 13 a 17 años, los hallazgos del estudio proporcionaron un modelo consistente y predictivo sobre la depresión en adolescentes. Se identifican factores familiares clave, como el estilo de socialización adoptado por las madres. Se observará que las madres con un enfoque coercitivo o impositivo más probabilidad de tener hijos que muestren niveles más altos de depresión. Además, la percepción que los jóvenes tenían del funcionamiento familiar también influyó, ya que aquellos que consideraban que sus familias tenían una cohesión baja mostraban mayores niveles de depresión. En cuanto a los factores personales, tanto la autoestima baja como la percepción reducida de su propia eficacia fueron significativamente asociadas con la depresión entre los jóvenes. (22)

Rodríguez N et al, realizaron un estudio en el 2021 sobre los factores de riesgo relacionados con la depresión y la ansiedad ocasionada por la pandemia del COVID-19, en la cual ha generado grandes pérdidas humanas a nivel global. Esto ha generado niveles elevados de estrés tanto en la población general como en el personal de salud, exacerbados por circunstancias como el confinamiento, el temor, los problemas económicos, la carga laboral intensa, las condiciones de trabajo y el riesgo de exposición al virus. Todo estos factores aportaron al aumento de síntomas relacionados con el SARS-CoV-2, como ansiedad, depresión. En cambio, entre los jóvenes, las causas incluyen el aislamiento social y la violencia intrafamiliar. Aunque aquellos que experimentaron acoso lograron mejorar esta situación, también enfrentaron el temor generado. (23)

En el año 2018 Castro A. et al, desarrollaron un estudio en Lima sobre sintomatología de la depresión con relación a la resiliencia en niños, en este estudio se incluyeron a 146 niños entre 8 - 10 años de primaria del 3er al 5to año, se utilizó dos inventarios: depresión infantil y el de factores personales de resiliencia, dicho estudio fue de tipo descriptivo - diseño no experimental, en la cual se concluyó que existe una relación directamente proporcional entre la sintomatología depresiva y la resiliencia. Debido a ello es de vital importancia poder saber sobre los factores protectores que favorecen la capacidad de poder afrontar ciertas situaciones con éxito, evitando de tal manera presentar sintomatología depresiva. (3)

Aranda F, en el año 2018 realizó una investigación sobre depresión en niños hospitalizados por un largo periodo y sus cuidadores en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2014, fue un estudio descriptivo transversal, se usó como muestra 120 niños mayores de 7 años y 240 cuidadores, se observó que el 60 % de niños durante su hospitalización sufre de depresión, de estos el 12,5 % son depresión severa, estado asociado directamente con la presentación de depresión en los cuidadores en más del 80%, concluyeron que la depresión es mayor en pacientes hospitalizados y sus cuidadores. (24)

En el año 2020 el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja pone a disposición una Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes; en la que menciona que el 12 % de peruanos presentan depresión; el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, informó que la prevalencia depresión en Lima y Callao durante el año 2002 es del 18.2 %, en la sierra 16.2% en el 2002 y en la Selva el 21.4 % en el 2004. (25)

En el año 2017 Navarro J et al, realizaron un trabajo de investigación sobre depresión en púberos en nuestro país, basado en una revisión sistemática de revistas peruanas y no peruanas, en un total se revisaron 21 revistas las fueron de estudio empírico o instrumental, cuyo objetivo fue comprobar que estas publicaciones cumplen con la información del diseño del tipo de estudio, cualidades de los estudiados, instrumentos de medición, la técnica utilizada para obtener los datos y su estudio, llegando a la conclusión de que no todas las

revistas cumplen con las características para su publicación según la American Psychological Association. (26)

En el año 2019 Zukha Y, realizó un análisis de diferentes estudios e información comprendida entre el 2010 al 2018 sobre depresión en la etapa infantil, de diferentes países del mundo, incluidos los publicados en Perú (Lima y Trujillo) en un 7%. Durante el análisis de estos documentos se encontró varios estudios que investigan cómo la depresión afecta el rendimiento académico de los adolescentes en diferentes países. Se destaca que la depresión es más prevalente en edades tempranas y aumenta durante la adolescencia, particularmente entre las adolescentes. También se observa que las chicas con depresión suelen tener un rendimiento académico más bajo, especialmente en entornos escolares públicos. Aunque algunos estudios sugieren que los chicos tienen una mayor incidencia de depresión, la mayoría de las investigaciones contradicen esta idea. El texto resalta la importancia de implementar estrategias preventivas desde la infancia para reducir la depresión, especialmente enfocadas en las niñas, que parecen ser más susceptibles. Además, se enfatiza que el pensamiento negativo desempeña un papel crucial en el desarrollo y manifestación de la depresión en niños y adolescentes. (27)

En julio del 2020 en INSN- San Borja desarrollo un guía de práctica clínica que facilite el diagnóstico, así como el tratamiento médico y psicológico oportuno para niños y adolescentes con depresión. En la que se logró identificar factores pronósticos desfavorables, en las que incluyen el inicio temprano de los síntomas, la duración prolongada de la enfermedad, hospitalizaciones previas, estrategias

ineficaces para manejar problemas, presencia de múltiples trastornos psiquiátricos, gravedad de los síntomas y antecedentes familiares de trastornos de ansiedad o afectivos. También se destaca la separación de uno de los padres debido a muerte o divorcio, pertenecer a una clase social baja y la fuerte dependencia interpersonal. (28)

## **2.2 Bases teóricas**

En la actualidad la depresión en población pediátrica es una enfermedad frecuente que puede generar un gran impacto en salud. Las últimas estadísticas han demostrado que el 20 % de jóvenes de alrededor de los 18 años han tenido que pasar por sintomatología depresiva moderada a severa, esto se ha influye negativamente con desempeño escolar, relaciones sociales y desarrollo. (4)

La temprana detección de la depresión en población pediátrica es muy difícil, esto se debe a que los síntomas son diferentes a los que se presentan en lo adultos, no siendo de mucha ayuda los instrumentos y escalas empleados en su apreciación, ya que la base del diagnóstico es la presentación clínica. (4)

### **Depresión en pediatría**

La depresión viene a ser un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por cambios en cuanto a la sintomatología afectiva, estos pacientes suelen estar tristes, irritables, apáticos, con malestar general, desesperados, incapacidad de sentir satisfacción, pérdida de interés por cosas a que estaban interesados antes, dichos síntomas pueden ir de la mano de sintomatología física, incapacidad para controlar sus actos y alteraciones cognitivas. Por lo descrito el impacto en niños y

adolescentes que presentan depresión es muy grande, afectando múltiples esferas que pueden tener consecuencias muy graves. (4)

En cuanto a la presentación de los síntomas va variar de acuerdo a la edad de los pacientes pediátricos. En niño de 3 a 6 años, síntoma que más se ha identificado es la tristeza, con variación en el apetito y el sueño, pero la manifestación más específica es la falta de capacidad de sentir placer. Mientras que en niños preescolares se manifiesta a través de juegos muy violentos y tienen a somatizar, los cuales nos tienen que llevar a pensar sobre que hay alteraciones del estado de ánimo. Entre los 7 y 13 años, las manifestaciones más frecuentes que se pueden observar son la irritabilidad, tendencia a la agresividad, bajo desempeño en los estudios, la apatía, la tristeza y un deterioro en las relaciones amicales y familiares. (4)

Las manifestaciones físicas que se presentan entre adolescentes y escolares tienen mucho parecido, en adolescentes se puede ver consumo de sustancias tóxicas y comportamientos agresivos. En adolescentes se visto que la sintomatología depresiva puede durar alrededor de 7 a 9 meses, pero existe un grupo en que se va a cronificar, es allí donde hay remisión y recurrencia de episodios depresivos. (4)

Tanto en niños y adolescentes que presenten síntomas depresivos se ha observado un vínculo muy estrecho con síntomas somáticos y de ansiedad. Por ello es importante tomar más atención a sintomatología que parece no tener una causa aparente que van acompañados de exámenes auxiliares sin ninguna alteración, como pueden ser dolores de cabeza, mialgias, dolor en el abdomen, demasiado cansancio, detrás de todo esto puede haber una depresión escondida, representando un verdadero reto para el personal de salud la adecuada

identificación de estos cuadros depresivos. El diagnóstico temprano y adecuado permitiría instaurar un tratamiento oportuno. (4)

### **Factores de riesgo**

Se encuentran clasificados en tres grupos principales:

- ✓ Factores individuales: familia consumidora de alcohol, historia de poco control de los impulsos (3)
- ✓ Factores interpersonales y sociales: escasa comunicación en la familia, poca responsabilidad en la crianza por parte de los padres, consumo de sustancias tóxicas en la familia, poco interés en actividades escolares, relación con personas poco sociables. (3)
- ✓ Factores ambientales: pocos recursos económicos, inseguridad social. (3)

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Depresión:** es una enfermedad de tipo mental muy común, caracterizado por aparición de desánimo, disminución del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (13)

**Pacientes pediátricos:** esta formado por los pacientes desde que nacen hasta los 18 años. (7)



## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1. Formulación de la hipótesis

Existen factores de riesgo asociados a la presentación de trastornos depresivos en los pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loaysa

### 3.2 Variables y su definición operacional

| Variable                                     | Definición  | Tipo por su naturaleza | Indicador          | Escala de medición | Categorías y sus valores   | Medio de verificación   |
|--|---|------------------------|--------------------|--------------------|--|---|
| <b>Dependiente:<br/>Depresión</b>            | Trastorno del estado de ánimo                                 | Cualitativa            | Valor de la escala | Ordinal            | (1) Menores a 13: no depresión<br>(2) 13 a 21: síntomas depresivos o distimia (mayor a 2 años)<br>(3) 22 a más: depresión mayor  | Escala de Birleson  |
| <b>Independiente:<br/>Factores de riesgo</b> | Factor que genera una probabilidad de que se produzca un daño | Cualitativa            | Tipo de riesgo     | Nominal            | (1) Impacto negativo en la autoestima<br>(2) Malas relaciones amicales<br>(3) Acoso prolongado<br>(4) Dificultades académicas<br>(5) Obesidad<br>(6) Víctima de violencia<br>(7) Testigo de violencia<br>(8) Otra afectación de salud mental<br>(9) Enfermedad física crónica<br>(10) Consumo de alcohol u otro tipo de sustancias<br>(11) Orientación sexual<br>(12) Familiares con depresión<br>(13) Familiar que se haya suicidado<br>(14) Familiar con problemas para comunicarse y relaciones interpersonales<br>(15) Padres consumidores de alcohol u otras sustancias<br>(16) Padres divorciados<br>(17) Muerte de un ser | Historia clínica/ ficha de evaluación socioeconómica familiar |

|  |   |  |                        |                                   |   |   |                               |
|--|---|--|------------------------|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|
|  |   |  |                        |                                   |   | querido   |                               |
| <b>Factores Socioeconomicodemográficos</b> | <b>Sexo</b>                                     | Condición orgánica, masculina o femenina | Cualitativa            | Varón o mujer                     | Nominal   | (1) Masculino<br>(2) Femenino   | Historia clínica              |
|  | <b>Edad</b>                                     | Tiempo de vida desde su nacimiento       | Cuantitativa           | Años                              | Razón   | 1 – 18  | Historia clínica              |
|  |   |  |                        |                                   | Ordinal   | 20<br>(1) Infancia: < 1 - 5<br>(2) Niñez: 6 – < 11<br>(3) Adolescencia 12 – 18  |                               |
|  | <b>Nivel económico</b>                          | Ingresos económicos mensuales            | Cuantitativa           | Ingreso familiar en soles/mensual | Razón   | (1) Menor de 500 soles/mes<br>(2) Entre 750 – 1000 soles/mes<br>(3) 1001 – 1500 soles/mes<br>(4) Mayor a 1500 soles/mes | Ficha de recolección de datos |
| <b>Grado de estudio de los padres</b>      | Estudios realizados por los padres              | Cualitativa                              | Grado de instrucción   | Ordinal                           | 16<br>(1) Primaria completa / incompleta<br>(2) Secundaria incompleta<br>(3) Secundaria completa<br>(4) Superior no universitaria<br>(11) Estudios universitarios incompletos<br>(6) Estudios universitarios completos<br>(7) Post grado  | Ficha de recolección de datos   |                               |
| <b>Función familiar</b>                    | Dinámica familiar                               | Cualitativa                              | Grado de funcionalidad | Ordinal                           | 3<br>(1) Funcionalidad normal de 7-10 puntos<br>(2)- Disfunción moderada de 4-6 puntos.<br>(3)- Disfunción grave de 0 a 3 puntos.   | APGAR familiar  |                               |
| <b>Síntomas asociados</b>                  | Alteración del organismo que sugiere enfermedad | Cualitativas                             | Síntoma que presente   | Nominal                           | (1) Ansiedad<br>(2) Tristeza<br>(3) Ideación suicida<br>(4) Irritabilidad<br>(5) Desesperanza<br>(6) Somatización<br>(7) Fobias escolares<br>(8) Perdida del placer<br>(9) Trastornos del sueño<br>(10) Gana de llorar<br>(11) Desinterés por las cosas<br>(12) Sensación de soledad<br>(13) Aburrimiento<br>(14) Culpabilidad<br>(15) Perdida de interés<br>(16) Agitación o inhibición psicomotriz<br>(17) Agresividad<br>(18) Trastornos de eliminación (encopresis) o | Historia clínica/<br>Ficha de recolección de datos  |                               |

|  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  |  | enuresis)<br>(19) Bajo rendimiento escolar<br>(20) Trastornos de conducta<br>(21) Negatividad<br>(22) Disociación<br>(23) Mal humor<br>(24) Hurtos<br>(25) Dosis o intento de fuga<br>(26) Sentimiento de no ser aceptado<br>(27) Aislamiento<br>(28) Descuido em aseo personal<br>(29) Autoestima baja |  |
|--|--|--|--|--|---|--|

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

El enfoque es retrospectivo

El tipo y diseño que presenta: epidemiológico descriptivo analítico

De acuerdo a la participación del investigador: Observacional

De acuerdo al alcance: Comparativo

De acuerdo al número de mediciones de las variables de estudio: transversal

De acuerdo al momento de la recaudación de datos: retrospectivo

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

La población de estudio está formada por pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022

#### **Población de estudio**

La población de estudio está formada por pacientes pediátricos que padecen de trastornos depresivos y los que no lo padecen, que se encuentran hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los años 2022

#### **Criterios de elegibilidad**

## De inclusión

- ✓ Pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de pediatría del HNAL
- ✓ Paciente con edad comprendida hasta los 18 años
- ✓ Pacientes que tengan Trastornos depresivos
- ✓ Pacientes que no tienen trastornos depresivos

## De exclusión

- ✓ Paciente que estén hospitalizados en otros servicios
- ✓ Pacientes mayores de 18 años
- ✓ Pacientes con trastorno depresivo que no estén hospitalizados
- ✓ Pacientes que no tienen trastorno depresivo que no estén hospitalizados
- ✓ Historias clínicas mal llenadas

## 1 Tamaño de la muestra

La muestra va a estar integrada por todos los pacientes con trastornos depresivos hospitalizados en servicio de pediatría del HNAL en el año 2022, por cada uno de estos pacientes se escogerá una paciente sin trastornos depresivos hospitalizado en el mismo servicio. Al trabajar con toda la muestra no se considera preciso realizar un muestreo de la población

## 4.3. Técnicas de recolección de datos

En este estudio se va a utilizar un instrumento de recolección de datos para registrar datos generales encontrados en la historia clínica, así como síntomas

asociados más importantes, también uso de historia clínica y ficha socioeconómica familiar para determinar los factores de riesgo asociados y los ingresos de cada familia, <sup>2</sup> la escala de Birleson utilizada en trastornos depresivos en población conformada por niños y adolescentes peruanos, y un instrumento como el apgar familiar para determinar la funcionabilidad familiar.

### <sup>1</sup> Instrumento de recolección y medición de variables

Se usa un instrumento de recolección de datos generales obtenidos de las historias clínicas como la edad, sexo, sintomatología asociada a pacientes con trastornos depresivos más resaltantes, para <sup>1</sup> poder identificar los factores de riesgo más sobresalientes relacionados a pacientes con esta patología usaremos las historias clínicas y fichas socioeconómicas familiares usados por el servicio social, el cual también nos ayudara a determinar el nivel económico de las familias.

También se usara <sup>2</sup> la escala de Birleson utilizada para trastornos depresivos en niños y adolescentes, dicha escala se encuentra validada en Perú, la confiabilidad encontrada con índice de Pearson en cada grupos de estudiado fue de 0.78 en el grupo sano, y en grupo con T.A.D. fue de 0.54; la consistencia interna fue valorada <sup>2</sup> por el coeficiente alfa de Cronbach, en grupo de pacientes con depresión fue de 0.73 y la validez de criterio por medio del uso de la sensibilidad y especificidad, la cual fue alrededor de 98 %. Esta escala es de tipo likert conformada por 21 ítems en el que 0 es nunca, 1 a veces y 2 siempre, tiene una puntuación mínima de 0 y máximo de 42, donde menos de 13 es ausencia de depresión, de 13 – 21 indica la existencia de manifestaciones depresivas – distimia y puntuaciones de 22 a más nos indicarían depresión mayor.

Para determinar la función familiar se aplica apga familiar en su versión para niños que evalúa la aclimatación, colaboración, disponibilidad de recursos, emotividad y facultad de resolución, este instrumento está formado por 5 ítems con un valor inferior de 0 y máximo de 10, en donde 2 es casi nunca, 1 algunas veces y 0 casi siempre, la interpretación es de la siguiente manera: una función normal de 7 a 10 puntos, disfunción moderada de 4 – 6 puntos y disfunción grave de 0 – 3 puntos.

#### **4.4. Procesamiento y análisis de datos**

Se analizarán la información obtenida a través de un programa estadístico SPSS en su versión 25 para lo cual se utilizará también la prueba de chi cuadrado prueba de independencia, para demostrar la dependencia que existe entre los factores asociados y paciente pediátricos.

La información analizada se representará a través de cuadros de contingencia (que tienen entrada doble)

#### **4.5 Aspectos éticos**

La información obtenida en esta investigación se obtendrá con la aprobación y autorización de los padres o persona a cargo legalmente de los participantes que integren este estudio, el cual es voluntaria, se conservará la integridad del sujeto y serán de carácter confidencial, se informará a los padres y tutores adecuadamente sobre el tipo de investigación, se les mantendrá al tanto continuamente sobre la evolución de la investigación, serán libres de hacer cualquier pregunta para resolver sus inquietudes cuantas veces lo consideren

necesario y retirarse en cual quien momento de la investigación si así lo consideran adecuado, así mismo se cumplirán con los parámetros éticos establecidos para este tipo de investigaciones en el Hospital Nacional Arzobispo

Loayza





## PRESUPUESTO

Para poder llevar a cabo este estudio, será necesario contar con un presupuesto mínimo de:

| <b>PRESUPUESTO</b>                |                         |                    |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>PERSONAL</b>                   | <b>COSTO</b>            | <b>COSTO TOTAL</b> |
| Analista Estadístico              | 600                     | 600                |
| <b>SERVICIOS</b>                  |                         |                    |
| Movilidad                         | 250                     | 1220               |
| Alimentación (Refrigerio)         | 700                     |                    |
| Fotocopias, Anillado, Empastado   | 150                     |                    |
| Internet                          | 120                     |                    |
| <b>SUMINISTROS, INSUMOS</b>       |                         |                    |
| Papel                             | 100                     | 150                |
| Folder, Archivador, Sobres manila | 100                     |                    |
| CD, USB                           | 60                      |                    |
| <b>Otros</b>                      | 200                     | 200                |
|                                   | <b>TOTAL (en soles)</b> | <b>2480</b>        |

## BIBLIOGRAFÍA

1. La OMS resalta el impacto de la depresión entre niños y adolescentes. 14 de mayo del 2014
2. Nuria M. Trastornos depresivos en niños y adolescente. *An Pediatr Contin-Elsevier*.2014; 2(6):294-9
3. Castro C, Lujan L. Sintomatología depresiva y resiliencia en niños. *Av.psicol*. 2018, 26(2):189-199
4. Sánchez P y Cohen D. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Formación Continua de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*.2020; VII (1):16- 27
5. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.*
6. Royo J, Fernández N. Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2017; XXI (2): 116.e1-116.e6
7. Bhatta S, Champion J, Young C, Loika E. Outcomes of depression screening among adolescents accessing school based pediatric primary care clinic services. *Journal of Pediatric Nursing*. 2018; 38:8-14
8. González C, Hermosillo A, Vacio-Muro María, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica. *Bol Med Infant Mex*. 2015;72(2):149-155

9. Azúa E, Rojas P, Ruiz S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Rev Chil Pediatr*. 2020; 91(3): XX-XX
10. Forman V, Viswanathan M. Detección de depresión en atención primaria pediátrica. 2018 23 de julio;20 889: 62
11. Hernández M, Botero A, Jiménez A, Gutiérrez Ana y Miranda C. Prevalencia de trastornos mentales en niños atendidos en un hospital psiquiátrico público. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2020 13 de noviembre, 21 (1): 29 - 33
12. Restrepo C, Auli J, Tamayo N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y Factores Asociados de los Trastornos Mentales en la Población Infantil Colombiana, Encuesta Nacional de Salud mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016 dic; 45(1): 39-49
13. Muñoz Karla, Arevalo C, Tipán J Y Morocho M. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Rev. Ecuat. Pediatría*. 2021; 22(1): artículo 6: 1-8
14. Borja C, Ruilova E, García D, Sánchez S, Guevara K, Morales A. Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Rev. Pol. Con.* (Edición núm. 30). Febrero 2019; 4(2): 165-180
15. Hoyos E, Lemos M, Torres Y. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *Int J Psicólogo Res*. 2012 enero-junio; 5(1): 109-121
16. Morales S. Factores de riesgo como causantes de depresión asociados a la salud mental de los adolescentes afectados por su entorno familiar, académico, social y personal. *Rev Psicol*. 2020

17. Hernández J, Joanico B, Juanico G, Salgado M, Zaragoza I. Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. *Atención Familiar*. 2019; 27(1), 38–4
18. Ossa AM, Sánchez A, Mejía C, Bareño J. Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia, año 2003. *Rev CES Salud Pública*. 2016; 7 (1): 37-48.
19. Pogo D. Prevalencia y factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil en escolares de 9 a 12 años en la Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo durante el período 2015 [tesis]. Loja, Ecuador: Carrera de Medicina Humana, Universidad Nacional de Loja; 2016
20. Prado D, Serna J, Correa V, Flores L. Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2023;40(3):38-41
21. Silva D, Del Villar O y Gutiérrez M. Factores de relacionado con niveles de depresión y frecuencia de síntomas en adolescente escolarizados. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Septiembre 2022; 25(3): 917 – 929
22. Muñoz M, Sánchez Crespo G. Factores de riesgo familiares y personales que pueden generar depresión en los adolescentes chilenos (tesis doctoral). Universidad de Salamanca; 2014.
23. Rodríguez N, Padilla L, Jarro I, Suárez B y Robles M. Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-COV-2). *Journal of American Health*. Enero 2021; 4(1): 65 – 72
24. Aranda F. Depresión en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada y en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño

en el 2014 . Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e Investigación (24)

25. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes. Octubre del 2020 (25)

26. Navarro J, Moscoso M, Calderón G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*.2017; 23(1):57-74 (26)

27. Zukha Y. Depresión Infantil: una Revisión Bibliométrica. *Consensus*. Junio 2019; 24(2):167-181

28. Unidad de Atención Integral Especializada, Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría. *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes*. Julio 2020; 1 – 28

29. Vivar R, Pacheco Z, Adrianzen C, Macciotta B y Marchena Carlos. Validación de la escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Pediatría*. Septiembre – Diciembre 2005

30. Suarez M y Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz*. 2014; 20 (1)

31. Vera O y Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adoptada en una población de Lambayeque. *Rev. Cuerpo méd. HNAAA*. 2013; 6(1)

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

| Pregunta de Investigación   | Objetivos   | Hipótesis  | Tipo y diseño de estudio   | Población de estudio y procesamiento de datos  | Instrumento de recolección  |
|---|---|--|--|--|---|
| ¿Se podrán determinar los factores asociados a trastornos depresivos en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022? | <p><b>General</b></p> <p>Determinar los factores asociados a trastornos depresivos en pacientes hasta los 18 años hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los años 2022</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos depresivos hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los 2022</p> <p>Determinar los</p> | Existen factores de riesgo asociados a la presentación de trastornos depresivos en los pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza | EL proyecto de investigación es una investigación epidemiológica descriptiva, retrospectiva, de tipo analítico y casos y controles | La muestra va estar conformada por todos los pacientes con trastornos depresivos hospitalizados en servicio de pediatría del HNAL en el año 2022, por cada uno de estos pacientes se escogerá una paciente sin trastornos depresivos hospitalizado en el mismo servicio. | <p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Escala de Birluson Modificado</p> <p>APGAR familiar para uso en niños</p> |

|  |   |  |  |   |  |
|--|---|--|--|---|--|
|  | <p>tipos de trastornos depresivos en los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022</p> <p>Identificar los síntomas asociados que presenten los pacientes con trastorno depresivo hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022</p> <p>Conocer factores familiares asociados en pacientes con trastorno depresivo hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022</p> |  |  | <p>analizada se representará a través de tablas de contingencia (doble entrada)</p> |  |
|--|---|--|--|---|--|



## 2. Instrumento de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### DATOS DEMOGRÁFICOS:

Nombre y apellidos:

Número de DNI:

Sexo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

N° de Historia:

Teléfono:

#### ESTADO SOCIO – ECONÓMICO

Grado de instrucción de los padres:

- Primaria completa / incompleta ( )
- Secundaria incompleta ( )
- Secundaria completa ( )
- Superior no universitaria ( )
- Estudios universitarios incompletos ( )
- Estudios universitarios completos ( )
- Post grado ( )

Ocupación de los padres:

Tipo de vivienda:

Ingreso familiar aproximados:

- Menor de 750 soles/mes ( )
- Entre 750 – 1000 soles/mes ( )
- Entre 1001 – 1500 soles/mes ( )
- Mayor a 1500 soles/ mes ( )

| <b>FACTORES DE RIESGO</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|
| Impacto negativo en la autoestima  |           |           |
| Malas relaciones amicales  |           |           |
| Acoso prolongado   |           |           |
| Dificultades académicas  |           |           |
| Obesidad   |           |           |
| Víctima de violencia   |           |           |
| Testigo de violencia   |           |           |
| Otra afectación de salud mental<br>¿Cuál?                                  |           |           |
| Enfermedad física crónica  |           |           |
| Enfermedad física crónica  |           |           |
| Consumo de alcohol u otro tipo de<br>sustancias                            |           |           |
| Orientación sexual ¿Cuál?  |           |           |
| Familiares con depresión   |           |           |
| Familiar que se haya suicidado   |           |           |
| Familiar con problemas para<br>comunicarse y relaciones<br>interpersonales |           |           |
| Padres consumidores de alcohol u<br>otras sustancias                       |           |           |
| Padres divorciados   |           |           |
| Muerte de un ser querido   |           |           |

| <b>SÍNTOMAS<br/>ASOCIADOS</b>                        | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|
| Ansiedad   |           |           |
| Tristeza   |           |           |
| Ideación suicida                                     |           |           |
| Irritabilidad  |           |           |
| Desesperanza   |           |           |
| Somatización   |           |           |
| Fobias escolares                                     |           |           |
| Perdida del placer                                   |           |           |
| Trastornos del sueño                                 |           |           |
| Gana de llorar                                       |           |           |
| Desinterés por las cosas                             |           |           |
| Sensación de soledad                                 |           |           |
| Aburrimiento   |           |           |
| Culpabilidad   |           |           |
| Perdida de interés                                   |           |           |
| Agitación o inhibición psicomotriz                   |           |           |
| Agresividad  |           |           |
| Trastornos de eliminación<br>(encopresis o enuresis) |           |           |
| Bajo rendimiento escolar                             |           |           |
| Trastornos de conducta                               |           |           |
| Negatividad  |           |           |
| Disociación  |           |           |
| Mal humor  |           |           |
| Hurtos   |           |           |
| Intento de fuga                                      |           |           |
| Sentimiento de no ser aceptado                       |           |           |
| Aislamiento  |           |           |
| Descuido em aseo personal                            |           |           |
| Autoestima baja                                      |           |           |

## ESCALA DE BIRLENSON MODIFICADA

Por favor responda honestamente como te has sentido en las últimas dos semanas. En cada pregunta, marca con un aspa la respuesta que creas conveniente. Hay una sola respuesta por pregunta. No hay respuesta buenas o malas

|  | Siempre | A veces | Nunca |
|--|---------|---------|-------|
| Las cosas me gustan me interesan como antes  |         |         |       |
| Duelmo muy bien  |         |         |       |
| Me dan ganas de llorar   |         |         |       |
| Para adolescentes: me gusta salir con mis amigos<br>Para niños: me gusta salir a jugar         |         |         |       |
| Me gustaría escapar salir corriendo  |         |         |       |
| Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo                                     |         |         |       |
| Tengo ganas para hacer las cosas   |         |         |       |
| Disfruto la comida   |         |         |       |
| Puedo defenderme por mi mismo  |         |         |       |
| Pienso que no vale la pena vivir   |         |         |       |
| Soy bueno para las cosas que hago  |         |         |       |
| Me molesto y me irrito por cualquier cosa  |         |         |       |
| Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes   |         |         |       |
| Me he vuelto olvidadizo y/o distraído  |         |         |       |
| Tengo sueños horribles   |         |         |       |
| Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar |         |         |       |
| Me siento muy solo   |         |         |       |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Puedo alegrarme fácilmente                            |  |  |  |
| Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo |  |  |  |
| Me siento muy aburrido                                |  |  |  |
| Pienso muy en serio en la muerte o en matarme         |  |  |  |

## APGAR familiar en niños

|   | <b>Casi siempre</b> | <b>Algunas veces</b> | <b>Casi nunca</b> |
|---|---------------------|----------------------|-------------------|
| Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia                   |                     |                      |                   |
| Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo |                     |                      |                   |
| Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer   |                     |                      |                   |
|   |                     |                      |                   |
| Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc. |                     |                      |                   |
| Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos                  |                     |                      |                   |

### 3. Autorización

Yo, \_\_\_\_\_

doy mi consentimiento para que mi menor hijo participe en el estudio y soy consciente de que su participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado.

He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que los datos personales de mi hijo, incluyendo datos relacionados con su salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que está participando.

Entiendo que puedo finalizar su participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí hijo.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con la investigadora.

Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de aporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales.

\_\_\_\_\_  
Firma/ Huella digital

DNI

#### **4.Asentimiento informado**

Hola mi nombre es Heidy Lizbeth Saavedra Pérez, soy residente de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loaysa por la Universidad San Martín de Porres. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación para conocer acerca de los factores de riesgo asociados a trastornos depresivos en pacientes hasta los 18 años hospitalizados en el servicio de pediatría en el Hospital Nacional Arzobispo Loaysa en los años 2022 y para ello necesitamos de tu apoyo

Tu participación en el estudio consistiría en responder una ficha de recolección de datos y dos escalas

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

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y sus padres.

Si aceptas participar te pido que por favor pongas una X en los paréntesis de abajo que dice “Si quiero participar” y escribe tu nombre.

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

Si quiero participar ( )

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

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





## ● 12% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | <b>repositorio.usmp.edu.pe</b><br>Internet          | 7%  |
| 2 | <b>sisbib.unmsm.edu.pe</b><br>Internet              | <1% |
| 3 | <b>repositorio.unsa.edu.pe</b><br>Internet          | <1% |
| 4 | <b>repositorioacademico.usmp.edu.pe</b><br>Internet | <1% |
| 5 | <b>repositorio.unac.edu.pe</b><br>Internet          | <1% |
| 6 | <b>repositorio.unfv.edu.pe</b><br>Internet          | <1% |
| 7 | <b>repositorio.ucv.edu.pe</b><br>Internet           | <1% |
| 8 | <b>researchgate.net</b><br>Internet                 | <1% |

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 9  | <b>2fredalyc.org</b><br>Internet           | <1% |
| 10 | <b>slideshare.net</b><br>Internet          | <1% |
| 11 | <b>repositorio.unc.edu.pe</b><br>Internet  | <1% |
| 12 | <b>repositorio.upao.edu.pe</b><br>Internet | <1% |
| 13 | <b>revistas.unal.edu.co</b><br>Internet    | <1% |
| 14 | <b>thechemistlook.com</b><br>Internet      | <1% |
| 15 | <b>coursehero.com</b><br>Internet          | <1% |
| 16 | <b>zagan.unizar.es</b><br>Internet         | <1% |
| 17 | <b>1library.co</b><br>Internet             | <1% |
| 18 | <b>biblioteca2.ucab.edu.ve</b><br>Internet | <1% |
| 19 | <b>docplayer.es</b><br>Internet            | <1% |
| 20 | <b>idus.us.es</b><br>Internet              | <1% |

21

**semantic scholar.org**

Internet

<1%