

# Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos internados en un Hospital de tercer nivel

## *Prevalence of depressive symptoms in hospitalized pediatric patients at a tertiary medical center*

Lidia María Ortiz Cuquejo<sup>(1)</sup>, Gloria Celeste Samudio Domínguez<sup>(2)</sup>, Domingo Santiago Avalos<sup>(3)</sup>, Ana María González<sup>(4)</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** La depresión es actualmente una epidemia silenciosa en salud mental. Su presencia en población adolescente tiene diversas causas y puede ocasionar muerte por autoeliminación. Detectarla a tiempo es fundamental para poder instaurar tratamiento oportuno.

**Objetivo:** Determinar frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes internados en un Hospital de tercer nivel.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal con componente analítico, en adolescentes de ambos sexos de 10 a 18 años de edad, internados en el Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Itauguá de marzo a agosto del 2014.

**Resultados:** Fueron incluidos 58 adolescentes, el promedio de edad fue de 13,5 años (10-16 años), predominó el sexo femenino (61%), el 55% vive con ambos padres. Motivo de no vivir con la madre fue migración con más frecuencia. La relación fue buena con la madre y con el padre en la mayoría de los casos. Los motivos de internación fueron variados. El abuso en sus diferentes formas causó la internación en 32% de los casos. El 69% de los pacientes internados presentaron algún grado de depresión, siendo más graves en aquellos en los que la internación estuvo motivada por diversos tipos de abuso.

**Conclusiones:** La prevalencia de síntomas de depresión de diversa gravedad es elevada, siendo más grave en los casos de abuso, pero también presente con otras patologías.

**Palabras clave:** Depresión, adolescencia, pacientes internados, cuestionario de Beck.

### ABSTRACT

**Introduction:** Depression is currently a silent epidemic in mental health. Its presence in the adolescent population has different causes and can lead to death by self-harm. Early diagnosis is essential for establishing appropriate treatment. **Objective:** To determine the frequency of depressive symptoms in adolescents admitted to a tertiary hospital. **Materials and Methods:** This was a prospective, descriptive, cross-sectional study with an analytical component, in adolescents of both sexes, ages 10-18 years old, admitted to the Pediatrics Service at the National Hospital of Itauguá from March to August, 2014. **Results:** We included 58 adolescents in the study; the average age was 13.5 years (10-16 years), with a predominance of females (61%). 55% lived with both parents. The main reason for not living with the mother was migration. In most cases, the relationship with both parents was described as good. The reasons for hospitalization varied. Abuse in its various forms was the reason for hospitalization in 32% of cases. 69% of hospitalized patients showed some degree of depression, which was more severe in those patients admitted because of various types of abuse. **Conclusions:** The prevalence of depressive symptoms of varying severity is high, with higher severity observed in cases of abuse, but symptoms are also present with other diseases.

**Keywords:** Depression, adolescence, inpatient, Beck questionnaire.

1. Médico Pediatra, Jefa Servicio de Pre-escolares, Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay.

2. Médico Pediatra, Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay.

3. Biólogo, Jefe del Departamento de Investigación de la Dirección de Atención Primaria de la Salud y Docente del Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Asunción, Paraguay.

4. Psicóloga Clínica Infantil, Departamento de Pediatría, Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay.

**Correspondencia:** Dra. Gloria Celeste Samudio Domínguez. E-mail: gsamudio.samudio@gmail.com

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no poseer conflicto de intereses.

Recibido: 29/02/2016; Aceptado: 13/07/2016.

<http://dx.doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.109-114>

## INTRODUCCIÓN

*“No sé por qué estoy tan triste. A vosotros y a mí igualmente nos fatiga, pero no sé cuándo ni dónde ni de qué manera la adquirí, ni de qué origen mana. Tanto se ha apoderado de mis sentidos la tristeza, que ni aún acierto a conocerme a mí mismo.”*

Antonio en el “Mercader de Venecia.”

William Shakespeare.

La depresión es una enfermedad mental muy frecuente. Se estima que afecta a unas 350 millones de personas. Se caracteriza por pérdida de interés en las actividades y cosas cotidianas, o en aquellas que causan placer, trastornos del sueño, concentración y memoria. También puede acompañarse de trastornos de la conducta alimentaria. Cuando es de larga duración e intensidad puede causar discapacidad funcional al que la sufre, interfiriendo con su actuar cotidiano e impidiendo un relacionamiento social adecuado y funcional. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800.000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, a nivel mundial, según reportes de la OMS<sup>(1)</sup>.

De acuerdo con el CIE-10 en el episodio depresivo típico, tanto leve, moderado o grave, los pacientes presentan decaimiento del ánimo, reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso después de realizar un esfuerzo mínimo. Habitualmente el sueño se perturba y disminuye el apetito. Decae la autoestima y confianza en sí mismo y a menudo se presentan ideas de culpa y de inutilidad. Puede acompañarse de síntomas somáticos. Puede ser leve, moderado o grave<sup>(2)</sup>. Según el DSM V el episodio que presente el paciente no debe estar sobrepuesto a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delirante o sicótico<sup>(3)</sup>.

Los trastornos del humor que consisten en una alteración de la afectividad que tiende a la depresión con o sin ansiedad concomitante. Los criterios diagnósticos referidos a los síntomas indispensables para el diagnóstico de un trastorno depresivo, implican un dominio emocional, un dominio cognitivo, un dominio somático y un dominio conductual<sup>(2)</sup>.

Se caracteriza por tristeza profunda y pérdida de interés o placer que perdura por al menos dos

semanas y que está presente la mayor parte del día. La comorbilidad ha sido relacionada con variables como la cronicidad y la gravedad de los trastornos, los resultados del tratamiento y las recaídas. La búsqueda de tratamiento, el riesgo de suicidio y el funcionamiento general de los pacientes depende de diversos factores, tales como la estructura familiar, consumo de drogas, alcoholismo, acoso escolar o de otros tipos, abuso infantil y antecedentes de familias disfuncionales<sup>(4-6)</sup>.

Las consecuencias a largo y mediano plazo comprenden trastornos conductuales, con tendencia autodestructiva que puede llegar al suicidio o incapacidad funcional y afectiva.

Suele ser más frecuente en el sexo femenino<sup>(7,8)</sup>. Además se ha documentado que se asocia a una mayor probabilidad de conducta violenta, particularmente en los varones, a un bajo rendimiento escolar y también al consumo de sustancias adictivas tanto lícitas como ilícitas<sup>(9,10)</sup>.

En nuestro país no existe, en nuestro conocimiento, estudios de depresión en pacientes adolescentes que consultan por causas diferentes a la que es objeto de esta investigación, por lo que nos pareció de suma importancia realizar un estudio que nos permita determinar la frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes internados en un hospital de referencia nacional.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, con componente analítico. La muestra fue aleatoria y calculada en base al número total de pacientes internados en el año del grupo etario de interés, con un nivel de confianza de 80%, alcanzando un total de 40 muestras necesarias. Mediante muestreo consecutivo se incluyeron 58 pacientes de ambos sexos de 10 a 16 años de edad, hospitalizados por distintos motivos desde marzo a agosto de 2014 en el Servicio de Pre-escolares del Departamento de Pediatría del Hospital Nacional, Itauguá-Paraguay. Fueron excluidos pacientes con algún estado físico o mental que no les permitía contestar adecuadamente los cuestionarios o por dificultad idiomática, con hospitalizaciones

mayores de 72 horas, usuarios de drogas antidepressivas o antipsicóticas, sin asentimiento por parte de los pacientes y consentimiento de los padres/tutores. Todos los participantes fueron informados del objetivo y de la metodología del estudio. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Departamento de Pediatría del Hospital Nacional.

Los participantes de este estudio contestaron un cuestionario que incluía variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo) antecedentes de uso de sustancias lícitas, ilícitas y motivos de hospitalización. La presencia de síntomas depresivos autorreportados se evaluó aplicando el Cuestionario de Beck (BDI) que consiste en un cuestionario estructurado de 21 preguntas para medir los grados de depresión y que mide las esferas emocional, cognitiva y somática<sup>(11-13)</sup>.

Fueron agregadas preguntas de dinámica familiar, social y antecedentes de uso de sustancias por los adolescentes, familiares o amigos. Se aplicó una sola encuesta por cada paciente, el día de ingreso o hasta 72 horas luego del mismo a fin de evitar influencias del medio hospitalario. Las mediciones para determinar la presencia de depresión estuvieron a cargo de un psicólogo.

En caso de que algún participante lo requiriera, se le refería a la Unidad de Salud Mental.

El personal de campo fue capacitado y estandarizado por un psicólogo. Se entrenó a un pediatra experimentado en la técnica de entrevista clínica al paciente adolescente, teniendo especial cuidado al realizar las preguntas, de manera a no presentar actitudes invasivas o de juzgamiento sobre las respuestas del menor encuestado.

## RESULTADOS

Fueron incluidos al estudio 58 adolescentes, con promedio de edad de 13,5 años (10-16), la población estuvo compuesta de 24 (41,4%) del sexo masculino y 34 (58,6%) femenino.

Los datos sociodemográficos estudiados se presentan en la **tabla 1**. Nótese la importante frecuencia del sexo femenino.

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas de adolescentes hospitalizados en el Departamento de Pediatría, Hospital Nacional. Año 2014. N=58

Variables		
<b>Edad</b>		
Media	13,5	
DE	1,3	
<b>Grupo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
10 a 13	25	43,1
14 a 16	33	56,9
<b>Sexo</b>		
Femenino	35	58,6
Masculino	23	41,4
<b>Escolaridad acorde a Edad</b>		
SI	39	68,4
NO	18	31,6
<b>Vive con</b>		
Madre	10	17,2
Padre	8	13,8
Ambos	32	55,2
Otros	8	13,8

El diagnóstico que motivó el ingreso de los adolescentes fue diverso, así tenemos 10 (17%) infección de piel, infección abdominal 6 (10%), traumatismos 12 (20%), intento de suicidio 9 (15%), síndrome conversivo 3 (5%), causas renales 8 (14%), menor en riesgo 5 (9%), tumores, Abuso sexual infantil (ASI) y otras infecciones 2 casos cada uno de ellos (3% respectivamente). Al analizar las causas de ingreso que podrían influir directamente en la aparición o ser síntoma de depresión encontramos que 19 (32%) fueron diagnósticos que podrían considerarse relacionados con la presencia de un factor condicionante o consecuencia de este trastorno (Intento de suicidio + síndrome conversivo + menor en riesgo + ASI).

Al investigar los posibles factores detonantes de la depresión, encontramos que ocho adolescentes (13,5%) refirieron tener algún familiar cercano con adicción, siendo tabaco y alcohol nombrados como los más frecuentes. Cinco (8,4%) sufrieron bullying en la escuela en algún momento de su escolaridad, siendo la frecuencia del mismo en forma diaria. Sólo un niño refirió maltrato de parte de docentes. Tres (5%) se reconocieron usuarios de drogas ilícitas. De ellos, uno (33%) fue abusado sexualmente.

También se analizó la cantidad de los citados factores que confluyeron en un mismo adolescente, encontrando que la mayoría de ellos (44,2%) no reconoció poseer ningún factor considerado de

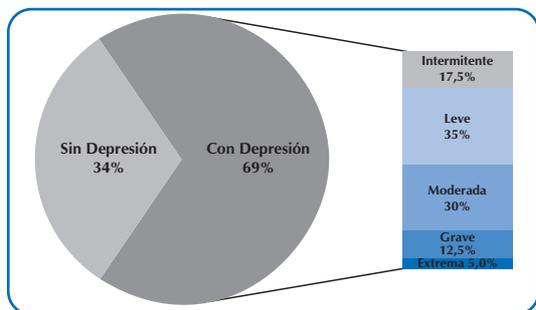
riesgo, 26,9% tenían sólo un factor, dos factores en 23,1%, y tres y cuatro factores fue en un porcentaje mínimo de los adolescentes. En seis pacientes no se pudo interpretar los datos a este respecto ya que resultaron contradictorios en sus respuestas (*Tabla 2*).

**Tabla 2.** Factores de riesgo de depresión presentes\* en adolescentes estudiados.

Nº de Factores de Riesgo* (n=52)	Nº	%
0	23	44,2
1	14	26,9
2	12	23,1
3	1	1,9
4	2	3,8

\* Factores de riesgo estudiados: Relación con padres/tutores, castigo físico, familiar adicto, bullying escolar, maltrato profesores, consumo de droga, abuso sexual.

Al aplicar el cuestionario de Beck, se encontró que sólo 18 (31%) estaban libres de síntomas depresivos, los restantes 40 (69%) tenían algún grado de depresión. Leve 14 (35%), intermitente 3 (17,5%), grave 5 (12,5%), moderada 17 (30%), extrema 2 (5%) (*Figura 1*).



**Figura 1.** Frecuencia y grado de depresión en adolescentes hospitalizados. Departamento de Pediatría, Hospital Nacional de Itaugua. Año 2014. N=58

Finalmente, encontramos que la adolescencia media, ser de sexo femenino y tener algún factor detonante de depresión, fueron estadísticamente significativos y aparentemente relacionados a la presencia de síntomas de depresión en la población estudiada (*Tabla 3*).

## DISCUSIÓN

La depresión es una alteración de la salud mental que se puede presentar en cualquier etapa de la vida. Las consecuencias de padecer este trastorno pueden ser graves, pues puede causar disfuncionalidad en la vida social del individuo y ocasionalmente llevar a la muerte por autodestrucción. Además el padecer depresión en la adolescencia es un predictor de seguir padeciendo la enfermedad en etapa adulta<sup>(4,5)</sup>.

**Tabla 3.** Frecuencia de depresión según variables de estudio.

Variables	Total	Depresión		p
		Nº	%	
<b>Edad</b>				
10 a 13	25	20	80,0	
14 a 16	33	20	60,6	0,05 *
<b>Sexo</b>				
Masculino	24	11	45,8	
Femenino	34 *ε	29	85,3	< 0,001 &
<b>Vive con</b>				
Padre y/o Madre	50	34	68	
Otros	8	6	75	> 0,05 &
<b>Escolaridad decuada</b>				
No	18	15	83,3	> 0,05 &
Si	39	24	61,5	
<b>Presencia Factores de Riesgo</b>				
No	23	12	43,5	< 0,001 &
Si	29	24	89,7	

Nota: \* test de Fisher & Chi cuadrado

Muchos de nuestros pacientes acudieron al hospital por causas orgánicas; sin embargo la prevalencia de los síntomas de depresión medida al ingreso hospitalario fue elevada, aún en los pacientes con patologías agudas, lo que revela que probablemente el motivo de su depresión no está ocasionada por el cuadro orgánico que lo trae ni el alejamiento de su hogar, sino que podría estar relacionado a causas tales como el entorno familiar, escolar y/o diversas agresiones sociales, físicas o verbales de maltratos repetidos, o bien depresión de origen endógeno.

Por otro lado, y probablemente lo más importante, es que la conducta normal del adolescente, expresada como aislamiento del grupo familiar, irritabilidad, discusiones fáciles confrontando a los padres, entre otros, puede confundirse con los síntomas de la depresión, haciendo que los progenitores no puedan detectar, ni mucho menos dimensionar, el estado mental del adolescente y sus implicancias en la vida del vástago<sup>(14)</sup>.

La familia y el relacionamiento que tenga el adolescente con la misma, ayuda a la construcción de la personalidad y a la contención emocional del mismo. Las familias disfuncionales y/o de padres separados, tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión<sup>(15,16)</sup>.

En nuestra población encontramos una alta prevalencia de síntomas depresivos y al mismo tiempo, más de la mitad de las familias estaban

constituidas por ambos padres en el hogar. No podemos, sin embargo establecer si existe asociación entre estas variables, ya que el diseño del estudio no lo permite. Además, los estudios realizados mediante encuestas tienen el defecto de que las informaciones emitidas por los encuestados pueden ser distorsionadas por los mismos en un afán de ocultar la verdad dolorosa que implica para su vida la disfuncionalidad familiar. El relacionamiento con ambos padres parece ser fundamental en la construcción de la personalidad. La alteración de esta relación puede ser un síntoma de la depresión, encontrándose pobre relacionamiento con la figura paterna, principalmente de parte de las adolescentes<sup>(7)</sup>.

Existe asociación ente abuso y depresión, tal como lo encontrado por Mc Holm<sup>(17)</sup>. Nosotros encontramos también la presencia de abuso sexual y físico en nuestra población. Nos llama la atención la alta prevalencia de depresión de niveles diversos, medidas por el Beck y los pocos antecedentes de maltrato verbal o físico de parte de los padres o tutores reportados por los adolescentes. Esto podría ser porque los encuestados no quisieron o no pudieron revelar la naturaleza de sus relacionamientos familiares íntimos, los cuales podrían ser negativos para su desarrollo como ser humano.

El abuso de sustancias ha sido mencionado ya sea como causa o consecuencia de la depresión. En este sentido, los adolescentes depresivos se vuelven una población vulnerable a caer en las adicciones de diversos tipos, buscando de esta manera calmar el dolor de relacionamientos disfuncionales o agresivos en la dinámica familiar. Por otro lado, el uso de sustancias ilegales predispone a la

drogadicción, generando un círculo vicioso del cual es muy difícil salir<sup>(17-20)</sup>.

Nuestra población reveló poca prevalencia de uso de sustancias ilegales entre los pacientes con síntomas depresivos, pero es un tópico a tener en cuenta en el seguimiento de estos pacientes. Probablemente el reconocimiento de uso de sustancias sea difícil o bien la población que las usa se encuentre más frecuentemente en el ámbito ambulatorio.

**Debilidades del estudio:** al ser un estudio de encuestas, las respuestas pueden no ser del todo sinceras, ya que se trata de responder a preguntas de carácter íntimo y doloroso, ante un encuestador no conocido por el paciente, realizado en un ámbito que le podría resultar hostil (como lo es el ámbito hospitalario). Esto podría causar una falsa baja prevalencia y ocultamiento de datos de disfuncionalidad familiar y/o uso de sustancias, que debería ser mejor investigada.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de síntomas depresivos en nuestra población fue elevada, principalmente en el sexo femenino, adolescentes de 14 a 16 años; encontrándose también un gran porcentaje de familias desestructuradas. No hubo mucho reconocimiento de maltrato verbal, físico o sexual en nuestra población. La ingesta de drogas ilícitas autorreportada fue escasa.

Se necesitan estudios que exploren a profundidad las posibles causales de esta patología que se encuentra en aumento.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La depresión (en línea). Washington: OMS; 2016. (Nota descriptiva N°369 Abril) [updated 2016 Abr; citado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud. 10a revisión. Washington, D.C: OPS; 1995. (3 v, Publicación Científica:554).
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington, VA. 4ta. ed. Academia Americana de Psiquiatría; 2013.
4. Aalto-Setälä T, Marttunen, M, Tuulio-Henriksson, A, Poikolainen, K, Lonnqvist, J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. The American Journal of Psychiatry. 2002;152:1235-37.

5. Sáez-S E, Roselló J. Contexto familiar, síntomas depresivos y del trastorno de conducta en un grupo de adolescentes puertorriqueños. *Puerto Rican Journal of Psychology*. 2005;16(1):3-25.
6. Aguirre-Flórez DC, Cataño-Castrillón JJ, Cañón SC, Marín-Sánchez DF, Rodríguez-Pabón JT, Rosero-Pantoja LA, Valenzuela-Díaz LP, Vélez-Restrepo J. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), *Rev Fac Med* [Internet]. 2015 [citado 2016 Sep 07];63(3):419-29. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112015000300009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000300009&lng=en)
7. Cornwell B. The dynamic properties of social support: decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*. 2003;81(3):953-78.
8. González-F C, Hermosillo de la T AE, Vacio-M MÁ, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes: un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2015 [citado 2016 Sep 07];72(2):149-55. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462015000200149&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149&lng=es)
9. Martínez-M N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *An Pediatr Contin*. 2014;12(6):294-99.
10. Arrom C, Samudio M, Ruoti M, Orúe E. Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y psicológica. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2015;13(3):39-44.
11. Hojat M, Shapurian R, Mehrya AH. Psychometric properties of a Persian version of the short form of the Beck Depression Inventory for Iranian college students. *Psychological Reports*. 1986;59(1):331-38.
12. Sans J, Vazquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 1998;10(2):303-18.
13. Contreras-V JA, Hernández-G L, Freyre MÁ. Validez de constructo del inventario de depresión de Beck II para adolescentes. *Ter Psicol* [Internet]. 2015 [citado 2016 Sep 07];33(3):195-203. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-4808201500030004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-4808201500030004&lng=es&nrm=iso)
14. Flour E, Buchanan A. The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003;18(6):634-44.
15. Kraaij V, Garnefski N, Wilde E, Dijkstra A. Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: bonding and cognitive coping as vulnerability factors?. *Journal of Youth and Adolescence*. 2003;32(3):185-93.
16. Videon T. The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family*. 2002;64(2):489-503.
17. McHolm A, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *The American Journal of Psychiatry*. 2003;160(5):933-38.
18. Field T, Diego M, Sanders C. Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*. 2001;36(143):491-98.
19. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgos asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1997;26(1):23-35.
20. González-F C, Juárez-L CE, Montejo-L L, Oseguera-D G, Wagner-E FA, Jiménez-T A. Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*. 2015;25(2):29-34. doi: 10.15174/au.2015.862