



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TÍTULO:

**COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES ENTRE 5 Y 15
AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DEPRESIVO ATENDIDOS EN
LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS
DEL PERIODO 2014.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE
ELIZABETH XIOMARA YANEZ ROCA**

**NOMBRE DEL TUTOR
DRA. PAOLA ESCOBAR MASSUH**

GUAYAQUIL - ECUADOR

2014- 2015



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES ENTRE 5 Y 15 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DEPRESIVO ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DEL PERIODO 2014.

**AUTOR/ ES: ELIZABETH XIOMARA
YANEZ ROCA**

**REVISORES:
Dr.**

**INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL**

FACULTAD: DE MEDICINA

CARRERA: MEDICINA

FECHA DE PUBLICACION:

Nº DE PÁGS: 59

ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD

PALABRAS CLAVE:

Trastorno depresivo, comorbilidades psiquiátricas, motivos de consulta frecuentes.

RESUMEN: identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en niños y adolescentes, con Trastorno depresivo, mediante la revisión y análisis de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la consulta externa del Instituto de Neurociencias en el periodo 2014, para establecer un diagnóstico oportuno.

Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo universo: 153; Muestra: 100. Se obtuvo información de las historias clínicas de los pacientes, se identificó variables y se las relacionó y tabuló resultados con el programa SPSS versión 18.

Resultados: se identificó que con frecuencia el trastorno depresivo en niños y adolescentes se acompaña de otra patología psiquiátrica, 66%, es decir 66 pacientes del estudio, presentan comorbilidades psiquiátricas y que hay un predominio en el sexo femenino.

Conclusiones: el predominio en el sexo femenino del trastorno depresivo, sin duda alguna para el padecimiento de algún episodio depresivo existen algunos desencadenantes, pero son los problemas familiares como el divorcio de sus progenitores los que predisponen quizás a esta patología.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:
---	-----------------------------

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:	SI x	NO
---------------------	-------------	-----------

CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0988750845	E-mail: xiomy_yanez@hotmail.com
-------------------------------	--------------------------------	---

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:
	Teléfono:
	E-mail:

II

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE:

HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA SRTA. ELIZABETH XIOMARA YANEZ ROCA CON C.I. 0926065681, ALUMNA DEL SÉPTIMO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN:

“COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES ENTRE 5 Y 15 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DEPRESIVO ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DEL PERIODO 2014”.

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

**DRA. PAOLA ESCOBAR MASSUH
TUTOR**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Elizabeth Xiomara Yánez Roca, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de MÉDICO.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
ESCUELA DE MEDICINA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
ESCUELA DE MEDICINA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
ESCUELA DE MEDICINA

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

IV

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme permitido cumplir una fundamental meta, como es la culminación de mi tesis para mi titulación como médico.

Mi formación profesional no ha sido un proceso sencillo, pero gracias al apoyo incondicional de mi familia, quienes con amor se han esforzado por ayudarme a obtener este importante logro.

V

AGRADECIMIENTO

Agradezco enormemente a Dios por haberme puesto en mi corazón esta linda vocación, y haber tenido el apoyo incondicional de mi familia para alcanzar el cumplimiento de un objetivo más en mi vida profesional.

De igual manera agradezco atentamente a la Dra., Escobar Massuh por haberme guiado en la realización de esta tesis, al Instituto de Neurociencias por haberme facilitado los recursos para la elaboración de la misma.

VI

RESUMEN

Objetivo: identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en niños y adolescentes, con Trastorno depresivo, mediante la revisión y análisis de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la consulta externa del Instituto de Neurociencias en el periodo 2014, para establecer un diagnóstico oportuno.

Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo universo: 153; Muestra: 100. Se obtuvo información de las historias clínicas de los pacientes, se identificó variables y se las relacionó y tabuló resultados con el programa SPSS versión 18.

Resultados: se identificó que con frecuencia el trastorno depresivo en niños y adolescentes se acompaña de otra patología psiquiátrica, 66%, es decir 66 pacientes del estudio, presentan comorbilidades psiquiátricas y que hay un predominio en el sexo femenino.

Conclusiones: el predominio en el sexo femenino del trastorno depresivo, sin duda alguna para el padecimiento de algún episodio depresivo existen algunos desencadenantes, pero son los problemas familiares como el divorcio de sus progenitores los que predisponen quizás a esta patología.

Palabras clave: trastorno depresivo, comorbilidades psiquiátricas, motivos de consulta frecuentes.

VII

ABSTRACT

Objective: To identify the most frequent psychiatric comorbidities in children and adolescents with depressive disorder, through the review and analysis of medical records of patients seen in the outpatient clinic of the Institute of Neurosciences in the period 2014 to establish an early diagnosis.

Methods: retrospective, descriptive universe: 153; Sample: 100 information from medical records of patients was obtained variables were identified and the related and tabulated results using SPSS version 18 program.

Results: It was identified that frequently depressive disorder in children and adolescents is accompanied by other psychiatric disorders, 66%, ie 66 patients in the study, presented psychiatric comorbidities and that there is a prevalence in females.

Conclusions: in the female predominance of depressive disorder, certainly for the condition of a depressive episode there are some triggers, but family problems such as divorce of their parents that may predispose to this pathology.

Keywords: depressive disorder, psychiatric comorbidities, reasons for frequent consultation.

VIII

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
1. PROBLEMA.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. JUSTIFICACION.....	4
1.3. DETERMINACION DEL PROBOLEMA.....	4
1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	5
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
CAPITULO II	6
2. MARCO TEORICO	6
2.1. ANTECEDENTES.....	6
2.2. DEFINICION, DIAGNOSTICO CLINICO Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS.....	8
2.2.1. DEFINICION.....	8
2.2.2. DIAGNOSTICO CLINICO DE DEPRESION MAYOR.....	9
2.2.3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS.....	11
2.3. COMORBILIDAD.....	17
2.4. EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA.....	20
2.4.1. EPIDEMIOLOGIA.....	20
2.4.2. ETIOLOGIA.....	22
2.5. HIPÓTESIS.....	25

2.6. VARIABLES	26
CAPITULO III.....	27
3. MATERIALES Y METODOS.....	27
3.1. MATERIALES.....	27
3.1.1. LUGAR DE INVESTIGACION.....	27
3.1.2. CARACTERIZACION DE LA ZONA DEL TRABAJO.....	27
3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACION.....	27
3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA.....	27
3.1.5. VIABILIDAD.....	28
3.1.6. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	28
3.1.7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	29
3.1.8. OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.....	30
3.1.9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	31
3.1.10. RECURSOS HUMANOS Y FISICOS.....	31
3.2. MÉTODOS.....	32
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACION.....	32
3.2.2. CONSIDERACIONES BIOTECIAS.....	32
3.2.3. METODOLOGIA.....	32
CAPITULO IV.....	34
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CAPITULO V.....	51
5. CONCLUSION.....	51
6. BIBLIOGRAFIA	53

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo en niños y adolescentes, es un desorden mental que se va a caracterizar por periodos de tristeza prolongado, que afecta su comportamiento y conducta, así como la manera de pensar del individuo.

Cualquier persona, sin importar su edad, género o grupo étnico puede sufrir este Trastorno mental, últimos estudios epidemiológicos indican que el trastorno depresivo se presenta en adolescentes alrededor de un 3 a 8%, y en adultos se presenta en un promedio de 4% de la población. Teniendo en cuenta que la ocurrencia de depresión en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas cinco décadas.

Los criterios diagnósticos para la depresión actualmente han sido ya establecidos, sin embargo un tratamiento seguro y efectivo, requiere de un diagnóstico exacto y oportuno, y la implementación de estrategias preventivas; pero existe el riesgo de que la depresión en niños pueda ser subdiagnosticada, ya que se pueden presentar dificultades para identificar y describir los síntomas.

En general el cuadro clínico de trastorno depresivo en niños es similar al cuadro que presentan los adultos. Pero los síntomas de ansiedad, que incluyen las fobias y dificultad para separarse de los padres, quejas somáticas y los problemas de conducta ocurren con más frecuencia en niños. Los adolescentes tienden a presentar más alteraciones en el sueño y el apetito, síntomas psicóticos y más dificultades en el funcionamiento global que los niños.

Los niños y adolescentes con depresión tienen un alto riesgo de suicidio, abuso de drogas, consumo de tabaco, bajo rendimiento escolar, problemas psíquicos y sociales. Se ha observado que personas que presentaron trastorno depresivo en su niñez, continuaron presentando una importante morbilidad clínica y psicosocial después de su remisión. Parte de esta morbilidad se manifiesta en síntomas subclínicos de depresión, problemas de conducta, ansiedad, consumo de cigarrillos u otras sustancias y una excesiva dependencia emocional de otras personas.

Los factores que predisponen a incrementar el riesgo de suicidios, incluyen la Depresión, intentos suicidas en el pasado, trastorno bipolar, antecedentes familiares de trastorno del ánimo, historia familiar de conducta suicida, violencia familiar, impulsividad y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos: trastornos de conducta, de ansiedad y de personalidad.

En niños y adolescentes la comorbilidad no es una excepción. El 40-70% presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, y el 20-50 % tiene dos o más diagnósticos de comorbilidad. Se ha informado que entre comorbilidades más frecuentes se menciona la distimia y trastornos de ansiedad, precedido de trastornos de conducta y abuso de sustancias. En general, los trastornos psiquiátricos acompañantes comienzan antes que el trastorno depresivo, pero esto no es siempre una regla.

Hay que considerar que existen diversos factores psicopatológicos que pueden modificar la enfermedad; como la comorbilidad diagnóstica con distimia, trastorno de conducta, y trastornos de ansiedad; estos aumentan la recurrencia de la depresión, intentos y conductas suicidas, e influye en el funcionamiento global a largo plazo y en la respuesta al tratamiento.

El objetivo de este trabajo fue Identificar las comorbilidades psiquiátricas presentes en pacientes con Trastorno Depresivo entre 5 y 15 años de edad, mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes del Instituto de Neurociencias atendidos en la Consulta Externa, para establecer un diagnóstico oportuno en dichos pacientes.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

En la realización de mi internado, durante la rotación en el instituto de neurociencias de la junta de Beneficencia de Guayaquil, logré identificar la afluencia de niños y adolescentes que acudían a la Consulta Externa de dicha institución, reconociendo que uno de los principales motivo por el cual acudían en busca de ayuda y solución era por trastorno depresivo.

Las personas creen que los trastornos depresivos solo están presentes en edades adultas, pero actualmente no solo ha aumentado la frecuencia, sino también, han disminuido las edades de aparición de los primeros síntomas, siendo cada vez una patología psiquiatría diagnosticada a una edad precoz.

Al momento de la consulta los síntomas más frecuente presentes en estos pacientes son: ansiedad, estados de ánimo irritable, perdida de interés en cosas que antes le gustaban, retardo psicomotor, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse y en caso más graves pensamientos de muerte e ideas de suicidio. Debido al florido cuadro de manifestaciones clínicas al médico le resulta con dificultad lograr dar una impresión diagnostica correcta para así poder advertir a los padres del posible trastorno psiquiátrico y poder acudir al especialista para establecer un plan terapéutico oportuno.

De por si existe un grado de dificultad para el diagnóstico de trastorno depresivo, aumentando la dificultad si este se manifiesta en edades tempranas, sumándole el hecho que en mucho de los casos el diagnóstico de trastorno depresivo mayor no es el único presente

en niños y adolescentes, siendo un hecho real la presencia de otros trastornos psiquiátricos que dificultan el diagnóstico y son causante muchas veces del fracaso terapéutico, o la extensión en el tiempo del mismo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el Instituto de Neurociencias hasta el momento no se ha realizado ningún estudio para tratar de identificar las comorbilidades psiquiátricas presentes en niños y adolescentes con trastorno depresivo, y determinar la incidencia de las patologías psiquiátricas más frecuentes, lo cual justifican la realización de este estudio.

1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Campo: Pediatría

Área: Psiquiatría

Aspecto: identificación de las comorbilidades psiquiátricas en el Trastorno depresivo.

Tema: Comorbilidad psiquiátrica en pacientes entre 5 y 15 años de edad con trastorno depresivo atendidos en la consulta externa del instituto de neurociencias del periodo 2014.

1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA

En la Consulta externa del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil se observa un incremento de niños y adolescentes con manifestaciones clínicas atribuidas a trastorno depresivo, sin embargo no es el único diagnóstico psiquiátrico presente en estos pacientes; su evolución tórpida, poca respuesta al tratamiento, y la carencia de un estudio estadístico motivan la necesidad de plantear una propuesta de

investigación que nos permita determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en niños y adolescentes con trastorno depresivo.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las comorbilidades psiquiátricas presentes en pacientes con Trastorno Depresivo entre 5 y 15 años de edad, mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes del Instituto de Neurociencias atendidos en la Consulta Externa, para establecer un diagnóstico oportuno en dichos pacientes.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar las historias clínicas del INC de niños (as) y adolescentes con diagnóstico de Trastorno Depresivo.
- Determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes asociadas a pacientes con trastorno depresivo.
- Determinar los síntomas más representativos en niños y adolescentes con Trastorno Depresivo.
- Mostrar la frecuencia de niños atendidos con trastorno depresivo en el INC en el periodo 2014.
- Determinar la frecuencia de la patología de acuerdo a la edad.
- Determinar la frecuencia de la patología de acuerdo al sexo.
- Determinar la edad del diagnóstico.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Al Trastorno Depresivo se lo define como una alteración del estado de ánimo, considerándolo como un trastorno afectivo cognitivo en donde todos los aspectos de la vida se los ve de una forma negativa. A inicios de la década de los 60 surge la posibilidad de tomar en cuenta la existencia de la depresión en los niños, el científico Harlow logró observar en monos que habían sido separado de sus madres ¹, el mismo tipo de comportamiento que habían descrito Spitz y Bowlby en niños separados de sus madres ². En USA, el National Institute of mental health, en 1975 logró consensuar el reconocimiento de la existencia de depresión infantil, como definición y entidad patológica, y una serie de consejos para guiar las investigaciones que se realizan en esta área. ³

La depresión, tal vez sea el problema más común de salud mental, caracterizándose por una alteración del estado de ánimo de las personas, que se lo describe comúnmente como un sentimiento de tristeza, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades de la vida diaria. Todo individuo es susceptible de padecer depresión, independiente de la edad, raza o estatus social, pero a pesar de todo muchas investigaciones han logrado identificar un predominio significativo en el sexo femenino, siendo este más propenso a padecer trastorno depresivo. El trastorno depresivo, como muchas otras enfermedades se expresan de múltiples maneras, caracterizándose por la alternancia en el número de síntomas, persistencia de los mismo y severidad, pudiendo clasificarlos en tres subtipos: trastorno depresivo mayor (depresión mayor), distimia o depresión leve y trastorno bipolar (trastorno maniaco-depresivo).⁴

El trastorno depresivo Mayor (DM) se conceptualiza como el estado de ánimo depresivo o irritante que se padece casi todos los días y dura la mayor parte del día, con una duración de más de dos semanas.⁴

En cuanto a los síntomas más comunes y periódicos que existen en la depresión infantil y en la depresión en el adulto son principalmente las alteraciones del sueño, energía, dificultades para concentrarse y atender, apetito, y la anhedonia (falta de sentirse complacido); aunque se diferencia un poco de los niños ya que estos presentan sensibilidad a ser criticados, irritabilidad, y una alteración de su autoimagen, a pesar de todo se debe prestar atención a sus problemas personales, escolares y de su conducta.⁵

En el trastorno depresivo se ve alterado el desarrollo normal del niño y adolescente, que le produce una disfuncionalidad en su ambiente escolar, social y emocional. Por aquello es que este tema se ha vuelto social y genera gran controversia ya que muchos profesionales no aceptan su existencia como entidad propia que aparecen en edades tempranas; creyendo que el trastorno depresivo se limita a personas adultas, y desconocen la variabilidad enorme de la clínica en función de las diferentes etapas del Desarrollo infantil.

Su prevalencia es de un 2% en niños y un 4-8% en adolescentes, aumentando con la edad, y con claras diferencias por sexos después de la pubertad. Hay que tener en cuenta que existe poca evidencia en niños y adolescentes en lo que se refiere al tratamiento, ya que la mayoría son basados en la experiencia clínica o en extrapolaciones de estudios en adultos.⁶

Una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental a niños y adolescentes de 6 a 17 años, encontraron, que más del 6 % de ellos, habían sufrido algún trastorno depresivo en el último semestre. Así como múltiples investigaciones afirman que las cifras superan el 15 % de los niños y adolescentes tienen algún síntoma o síntomas de un trastorno depresivo mayor, y que el 3 % de los adolescentes presenta distimia (depresión leve).

En un estudio realizado en México, ya que se caracteriza por tener una población joven, con una edad media de años y en el que el 34 % de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es en particular relevante.⁷

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de Norteamérica (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5%.⁷

En un enfoque psicopatológico del trastorno depresivo, la conducta normal como la patológica se logra identificar alteraciones dentro de un conjunto de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos. Por ejemplo, refería Achenbach, que las conductas desviadas, que normalmente son motivo de búsqueda de ayuda profesional, no son más que meras variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos períodos del desarrollo.⁸

En la edad infanto-juvenil, los trastornos afectivos han sido un tema discutido ampliamente en las últimas décadas; pasando desde su no aceptación antes de la adolescencia tardía, hasta el reconocimiento como entidad patológica en edades tempranas.

2.2 DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

2.2.1 DEFINICION

La depresión mayor es una alteración del humor, conformado por un grupo de síntomas, entre los que se destacan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y con estos se pueden manifestar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Por tanto, se podría hablar de una afectación general del funcionamiento personal, con predominio en la esfera afectiva.⁹

En la práctica médica son claros los casos de depresión, aunque hay que tener en cuenta que no suelen aparecer solitariamente como un síndrome único, sino que por lo general se asocia a otras patologías psiquiátricas. Como el claro ejemplo que se ha descrito en otros

estudios entre el trastorno depresivo y ansiedad es muy alto, y también las distintas alternaciones de signos y síntomas que se manifiesta.

2.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN MAYOR

El diagnóstico de este trastorno se debe basar en la realización de una buena historia clínica, y no solamente en la aplicación de cuestionarios. Se deben emplear técnicas verbales y no verbales, que sean específicas; teniendo en cuenta las limitaciones cognitivas y verbales que existen en este grupo de edad, para ello es necesaria e imprescindible la información que aportan los padres, familiares cercanos, y personas que integran el entorno escolar. Por ejemplo, los niños pequeños presentan dificultad al reconocer algunos síntomas propios de dicho trastorno, o problemas en la comunicación y expresión de ideas y pensamientos; lo que impedirá un diagnóstico adecuado y certero. Hay que tener en cuenta que la depresión infantil es de presentación polimorfo y se puede relacionar o enmascarar con la aparición de determinados trastornos psicopatológicos. Durante el padecimiento de un trastorno depresivo, la irritabilidad se torna un síntoma característico de la depresión. Las manifestaciones de signos y síntomas están determinadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo.¹⁰




Los trastornos depresivos tienden a cronificarse frecuentemente con periodos de recurrencia, considerando que existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta^{11,12}. Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado.¹³

Algunos motivos pueden ser, varios:

1. Distintas manifestaciones clínicas de la depresión en niños que en adultos o presentaciones atípicas.
2. Dificultad de los niños y adolescentes para lograr identificar al trastorno depresivo como causante de sus síntomas.

3. No creencia de los padres o familiares de la existencia de depresión en edades tempranas; y no querer reconocerla por el estigma que produce o creer que podría deberse a un fracaso como educadores.
4. Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales de la salud.
5. No existencia de criterios clasificatorios específicos para la infancia y adolescencia.

Tabla 1. Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil.
13,14

<p>Menores de 7 años</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. • Manifiestan irritabilidad, rabieta frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia. • También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional. • En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).
<p>Niños de 7 años a edad puberal</p> 	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:</p> <p>a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.</p> <p>b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.</p> <p>c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnias), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.</p>
<p>Adolescentes</p> 	<p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima).</p> <p>En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio. Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.</p>

Por lo general, la falta de un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, son los mayores problemas que tienen los niños menores de 7 años, esto ocurre como consecuencia a la limitación de su capacidad de lenguaje para comunicar emociones o pensamientos negativos, y a la tendencia de somatizarlos. Considerando que los niños con este trastorno depresivo la mayoría de los casos presentan quejas o molestias difusas, cefalea o dolor abdominal. Considerando que a veces estos criterios son insuficientes para diagnosticar la depresión en las diferentes etapas del desarrollo infantil, siendo difícil obtener mayor información respecto a cómo el niño conceptualiza, vivencia y manifiesta sus estados de ánimo en los diversos estados evolutivos.

En la actualidad, tanto en el trastorno de depresión mayor y distimia, representan uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en niños y adolescentes. En el cual los médicos pediatras y los que brindan el servicio de atención primaria en salud tienen un rol de suma importancia para el reconocimiento y tratamiento del mismo.

2.2.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de trastorno depresivo más utilizados en el área médica así como en el área investigativa, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10)¹⁵, y la de la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR)¹⁶, con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente).

Tanto en el CIE-10 y DSM-IV-TR la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10 (10 síntomas depresivos y división en leve moderado o grave con o sin síntomas psicóticos) ^{15,16.}

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos <ul style="list-style-type: none">• — Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras• — Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta• — Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual• — Empeoramiento matutino del humor depresivo• — Presencia de enlentecimiento motor o agitación• — Pérdida marcada del apetito• — Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes• — Notable disminución del interés sexual

En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas.

Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-1052.

Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-10, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se describen con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-10. Sin embargo, su inclusión en esta clasificación se debe a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como fundamental. ^{15, 16}

Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad. ¹⁵

A. Criterios generales para episodio depresivo	
— El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas	
— El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	Niños y adolescentes
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.
Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Similar a los adultos.
Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos.
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
D. Puede haber o no síndrome somático*	Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>	

El DSM-IV-TR utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.¹⁶

Tabla 4. Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR¹⁶

<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <ul style="list-style-type: none">• (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.• (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.• (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.• (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.• (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.• (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.• (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).• (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).• (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>
<p>D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).</p>
<p>E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.</p>

Tabla 5. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (DSM-V)¹⁷.

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. **Nota:** No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. **Nota:** esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias u otra afectación médica.

Sentirse triste o decaído, tener un mal estado de ánimo o melancolía ocasional, no significa estar deprimido. Estos sentimientos pueden presentarse en niños de alrededor de 10 años de edad. Pero cuando el estado depresivo se presenta durante un lapso superior a semanas o meses y limita la capacidad del niño para funcionar normalmente, se trata de síntomas inequívocos de un episodio depresivo.

2.3 COMORBILIDAD

En los últimas dos décadas, se han llevado a cabo diversos estudios epidemiológicos sobre la psicopatología en niños y adolescentes en diversos países, con bastante similitud de resultados.¹⁸

Las tasas de prevalencia globales encontradas se sitúan entre 14-20% de la población infantil y juvenil, siendo el rango 17-20% el más repetido. De estos porcentajes, el 2% corresponde a trastornos graves, el 7-8% a trastornos de gravedad moderada, y el resto a psicopatología leve.

En Europa, especialmente en España, se han publicado diversos estudios de prevalencia de trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes, cuyas cifras se sitúan en el rango del 20-39% para los trastornos de conducta, teniendo como predominio los varones y a más edad; entre el 17-26% para los trastornos de ansiedad; entre el 4-14% para la depresión; y en torno al 12% para los trastornos del desarrollo.^{19, 20}

En otras investigaciones sobre la prevalencia del trastorno depresivo, se confirma altos índices de comorbilidad en un aproximado del 50%.

La comorbilidad, o concurrencia de dos o más trastornos en un mismo niño o adolescente, es un fenómeno que también se ha logrado identificar en la psicopatología de los adultos. Así, en investigaciones epidemiológicas a gran escala, se comprueba que la coexistencia de dos o más categorías diagnósticas del DSM en la misma persona es la regla y no la excepción. Es más, no son nada raros los casos en los que se cumplen los criterios de tres, cuatro o más trastornos mentales a la vez.²¹

A diferencias de los sistemas clasificatorios de las enfermedades, como el DSM o la CIE, las taxonomías empíricas, de base matemática, se basan en las correlaciones o la covariación de signos, síntomas o conductas. La primera dimensión, que incluye los trastornos de ansiedad y la depresión, ha sido denominada internalizante. La segunda dimensión, que incluye los trastornos de conducta, el abuso de sustancias o la hiperactividad, se conoce como externalizante.²²

Entonces, hay que tener en cuenta que existe la posibilidad de que estos trastornos compartan con el trastorno depresivo, factores de riesgo, genéticos o psicosociales, pudiendo estar relacionados, uno siendo causa del otro, o más bien parte de un cuadro común.

Tabla 6. Comorbilidad de la depresión mayor en niños y adolescentes. ²³

Niños	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad de separación • Otros trastornos de ansiedad • TDAH 	<ul style="list-style-type: none"> • Distimia • Abuso de tóxicos • Trastorno de conducta • Fobia social • Trastorno de ansiedad • TDAH

La comorbilidad tiene gran importancia y trascendencia en cuanto al pronóstico clínico, incluyendo la mala respuesta al tratamiento, mayor persistencia de los síntomas, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad; y un alto costo social que se ve influenciada en la disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos.

Sin embargo, se debe considerar que este análisis de la comorbilidad de los trastornos mentales es muy complejo, discutido y controvertido, no solo por su alta frecuencia, sino también por la existencia de una asociación sintomática, ya sea esta por la escasez de signos y síntomas patognomónicos de un trastorno, la variabilidad de los criterios diagnóstico, y los pocos estudios longitudinales y prospectivos realizados, y las diferentes metodologías aplicadas.

Un gran grupo de niños y adolescentes que cumplen criterios de depresión también presentan síntomas que cumplen criterios de otras categorías diagnósticas mencionadas en el DSM-IV. Teniendo en cuenta, como se mencionó anteriormente, un estudio epidemiológico se logró identificar diagnósticos acompañantes en casi el 50% de niños y adolescentes que cumplían criterios de trastornos psiquiátricos; en dicho estudio se logró observar una tasa elevada de comorbilidad en cuatro áreas diagnósticas del DSM-III,

como: trastornos del estado de ánimo, del comportamiento perturbador 24%, del déficit de atención/ hiperactividad 17% y ansiedad 17%.²⁴

Tabla 7. Diagnóstico diferencial de la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos en el niño-adolescente.^{23, 24}

Trastornos psiquiátricos no afectivos	Trastornos psiquiátricos polo afectivo	Otros cuadros
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad • Trastornos de ansiedad • Trastorno de conducta alimentaria • Trastorno de personalidad • Trastorno de conducta • Trastornos psicóticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Distimia • Trastorno bipolar • Trastorno adaptativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome premenstrual • Duelo no patológico

No obstante, aún no está claro si la elevada tasa de comorbilidad existente en los niños y adolescentes es el resultado de una falta de criterios de exclusión bien desarrollados en este grupo de edad o si corresponde a verdaderos trastornos comórbidos. Para esto es necesario la realización de estudios concluyentes que puedan aclarar mejor estos aspectos.

2.4 EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA

2.4.1 EPIDEMIOLOGIA

Las enfermedades mentales se han convertido en una problemática de salud a nivel mundial. Se calcula que para el año 2020, la depresión se situará en el segundo lugar como padecimiento incapacitante y la primera en países desarrollados^{25, 26}. El trastorno depresivo afecta en promedio al 15% de la población mundial, por lo que, aproximadamente 340 millones de personas presentan un episodio depresivo^{27, 28}.

Así como, el 20% de niños y adolescentes del mundo padecen de alguna enfermedad mental. Como por ejemplo en México en el año 1988; se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones, en el que se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en la cual se determinó que el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión. Se determinó que el 13% de la población presentó signos y síntomas severos con importantes variaciones de acuerdo al género estudiado: 8.5 % entre los hombres y 17 % en las mujeres, determinándose que la depresión, es un trastorno que se puede presentar en cualquier periodo de la vida, siendo el inicio de la enfermedad en edades tempranas, como en la niñez y la adolescencia.

Se plantean algunas dificultades para la elaboración de estudios debido a problemas de selección de muestras de acuerdo con los criterios diagnósticos, existencia de instrumentos diversos.

A pesar de todo se ha logrado calcular que la prevalencia es de un 2% en niños y un 4-8% en adolescentes. Teniendo en cuenta que este trastorno es una patología que se incrementa con la edad. La diferencia de acuerdo al sexo es significativa después de la pubertad, siendo en la adolescencia 1:2 entre hombres y mujeres, pero en mayores de 13 años los jóvenes presentan depresiones más graves y precoces, de peor diagnóstico y asociadas frecuentemente a trastornos de la conducta.

Se considera que ciertas características durante su desarrollo influyen en la tasa de depresión ²⁹:

- a) Hay un efecto de la edad importante en el aumento tanto de la depresión clínica como de los sentimientos depresivos con un aumento importante entre los 11 y los 15 años de edad.
- b) El inicio de la alteración aumenta en el periodo postpuberal temprano en las niñas.
- c) Existe una marcada continuidad entre el incremento de los síntomas de tristeza en los pacientes normales y el aumento de la depresión clínica entre los adolescentes, que está aún por aclararse.
- d) La edad se comporta como una variable ambigua. Se comporta como un marcador para algunos rasgos del desarrollo infantil.

Poder indicar las tendencias que determinan la edad en estas alteraciones es un gran e importante paso en el conocimiento de los mecanismos y procesos de la alteración. El motivo por el que la depresión aumenta en la adolescencia puede deberse tanto al cambio en las experiencias sociales, en la auto percepción, a los cambios hormonales (y no sólo de las hormonas sexuales) o las alteraciones en el tamaño y función de las estructuras cerebrales o la combinación de todas ellas ³⁰.

Teniendo en cuenta que la evaluación diagnóstica es más compleja a medida que disminuye la edad de los niños, ya que estos pequeños tienen más dificultades para reconocer y entender el significado de sus síntomas, así como para comunicar sus experiencias emocionales y psicológicas a los demás.

2.4.2 ETIOLOGIA

Es imprescindible identificar los factores de riesgo, en los que se puede establecer una relación con la aparición, duración y recurrencia de trastornos del humor en la adolescencia:

- **Factores hereditarios.**

- **Factores socioculturales:** factores familiares que se relacionan con depresión incluyen depresión parental, muerte precoz de uno de los padres, conflicto o divorcio mal estructurado, problemas familiares, etc. Los niños pasan demasiado tiempo solos y delante del computador, videojuegos y televisión.

a) familia: este se considera uno de los ambientes más importantes, tanto como la influencia que tiene en el comportamiento infantil como por el conjunto de relaciones que en ella se configuran por lo cual cualquier problema o inconveniente que surja en la familia incidirá sobre la conducta del niño. El carácter autoritario o permisivo de los padres también parece influir en la depresión infantil. Por otra parte también se ha investigado la

jerarquía que se ocupa entre los hermanos. En muchos estudios se describe que la posición intermedia es la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional.

Dentro de otras situaciones que podrían predisponer a padecer una depresión infantil están la muerte de uno de los padres, de un hermano o algún otro vínculo sentimental importante como la separación o divorcio de los padres, y también de factores que no son visibles como la pérdida de autoestima al fallar en el cumplimiento de algún ideal que está ligado a las aspiraciones parentales.

b) Escuela: el trastorno depresivo en la infancia parecen estar vinculadas a situaciones escolares insatisfactorias. El mal rendimiento escolar es una de las primeras señales orientadoras. El fracaso y la disminución del rendimiento escolar pueden ser causa y consecuencia de este tipo de trastorno.

El niño que pierde un año escolar o fracasa en la escuela se sentirá culpable de las disputas familiares de sus padres, viéndose a él mismo como culpable de todo lo malo que en su casa sucede, disminuyendo así su autoestima, formará un auto concepto negativo, disminuirá su nivel de superación, no se relacionará con otros niños, se aislará socialmente y su autoeficacia estará debilitada.

De esta manera es fácil que surja la irritabilidad, la inhibición y la desconfianza en sí mismo y en su valía personal, sentimientos que se entrelazan con los de vergüenza, inutilidad y culpabilidad.

- **Factores biológicos:** es importante saber que los niños que poseen un padecimiento de ambos padres deprimidos tienen dos y cuatro veces más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, respectivamente.

En la antigüedad el trastorno depresivo estaba relacionado con un déficit de Serotonina, Noradrenalina y Dopamina. Nuevos estudios indican que la depresión se asocia más con una anormal regulación de la sensibilidad del receptor que con deficiencias en el neurotransmisor. Los receptores de neurotransmisores tienen como función recibir mensajes químicos específicos y traducirlos en las correspondientes respuestas neuronales postsinápticas ³¹. Se supone que la superficie externa del receptor sirve para reconocer y

unirse al transmisor químico, mientras que la superficie interna actúa como un transductor para realizar los cambios intracelulares. Cada receptor tiene como mínimo dos componentes, uno de reconocimiento y otro efector, se conoce que un conjunto más o menos complejo de componentes intermedios en dependencia del tipo de receptor de que se trate.

Serían los receptores, más que el neurotransmisor, los que van a determinar qué transmisor será el que actúe sobre una célula dada y si la acción resultante de esta acción será excitatoria o inhibidora.

De forma exacta se puede determinar que la depresión no es de origen mono causal, más bien es el resultado de uno o más factores, como neuroquímicos, genéticos, ambientales, los cuales, varían de niño a niño. Algunas investigaciones han descrito anomalías en los sistemas de neurotransmisión, como es el caso de la serotonina, norepinefrina, corticotropina y cortisol³². Estas investigaciones han demostrado que se presentan trastornos depresivos y de ansiedad cuando existe una deficiencia en la síntesis de serotonina, o por una desregulación en la síntesis de la noradrenalina. Además, los estudios realizados no han concluido a que sí se deba a una deficiencia o una sobre activación en su síntesis³².

El incremento en la concentración del factor liberador de corticotropina (CRF) en líquido cefalorraquídeo favorece el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. En el caso del cortisol, los trastornos de ansiedad se caracterizan por una hipocortisolemia, que conllevan a la depresión³³. Asimismo, existen estudios en los que se menciona que en la neurobiología de la depresión existe una relación entre la predisposición genética y factores ambientales^{34, 35}.

Frodl en el 2010, descubrió que aquellos sujetos que poseían ambos factores de riesgo, son susceptibles a cambios a nivel de hipocampo relacionados con estrés. Asimismo, se ha encontrado una relación en el desarrollo de trastornos de ansiedad y el estrés postraumático, que puede ser un factor predisponente para el desarrollo de depresión, sobre todo durante la adolescencia³⁴. El abuso físico o sexual durante la niñez, son factores que pueden generar

baja autoestima y depresión³⁶. Asimismo, se han asociado trastornos en los ciclos de sueño (insomnio), lo cual puede generar trastornos depresivos.

- **Factores psicológicos:** las describe como experiencias de fracaso, ausencia de control sobre los acontecimientos negativos indefensión, baja autoestima, pocas habilidades sociales de comunicación (comparados con los niños no deprimidos) y obtención de pocos refuerzos por parte de personas significativas.

Algunas de las teorías psicológicas que explican la aparición de la depresión, Martin Seligman es el autor del modelo teórico llamado la “indefensión aprendida” en el cual manifiesta que cuando la persona no obtiene el resultado esperado aprende a sentirse desamparado triste y tiende a perder el control, lo cual genera ideas como “no merece la pena que intente nada, no tengo el control, no puedo hacer nada para cambiarlo”. Y así como la indefensión es aprendida, también se puede “desaprender y no deprimirse” en la medida que la persona se da cuenta que a través de sus propios actos las circunstancias van cambiando.

Otro modelo explicativo es la de Aron Beck, con la denominada “triada cognitiva: como el sujeto piensa de sí mismo, del medio que le rodea y de su futuro”. El sujeto deprimido tiene ideas negativas y pesimistas acerca de los tres aspectos debido a un esquema cognitivo erróneo que le lleva a una distorsión en la percepción de los acontecimientos, haciendo que los mal interprete, distorsionando la realidad y originando así los pensamientos y sentimientos negativos y desvalorizadores que son la esencia de la depresión.

Según la teoría de auto-eficacia de Bandura las personas llegan a tener depresión como consecuencia de tener en sus actitudes:

- Bajas expectativas de eficacia, es decir la persona se siente incapaz de realizar el comportamiento requerido para obtener el resultado esperado.
- Altas expectativas de resultado, la persona está convencida de que determinado comportamiento conduce a determinado resultado.
- Alta valoración de los resultados esperados significa que la persona da importancia excesiva a la consecución de logros.

2.5 HIPÓTESIS

El profesional de la salud, sea este de atención primaria o pediatra, debe recordar que un diagnóstico y tratamiento oportuno ayudará al control y remisión de los síntomas, beneficiando al niño o adolescente a en su desempeño académico, favoreciendo las relaciones sociales e interpersonales, decreciendo el riesgo del desarrollo de otras patologías comòrbidas, mejorando en definitiva el pronóstico y estilo de vida del paciente, que como principio este debe ser nuestro fundamental objetivo en nuestra labor como médico.

2.6 VARIABLES

- VARIABLES DEPENDIENTES: Diagnóstico y comorbilidad psiquiátrica
- VARIABLES INDEPENDIENTES: edad, edad de diagnóstico, sexo, motivo de consulta y padres divorciados.

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil ubicado en la avenida Pedro Menéndez Gilbert.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO:

- El cantón de Guayaquil pertenece a la provincia del Guayas, geográficamente ubicado en el centro del golfo de Guayaquil por su ubicación en plena zona Ecuatorial.
- La ciudad tiene una temperatura cálida durante casi todo el año, se marcan dos períodos climáticos bien diferenciados.
- La población actual es de 2.526.927 de habitantes.

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó en el periodo 2014.

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Las pacientes entre 5 y 15 años de edad, con trastorno depresivo que fueron atendidos en la Consulta externa del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil en el periodo 2014, fueron aproximadamente 153 según el registro de las historias clínicas; de las cuales se aplicaron los criterios de exclusión, quedando una muestra de 100 pacientes.

MUESTRA

La muestra es de 100 pacientes, a los cuales se analizó de manera detallada las historias clínicas para la recolección de datos exactos que aporten a esta investigación.

3.1.5 VIABILIDAD

Este proyecto de investigación cuenta con un alto nivel de viabilidad y confianza, ya que se lo ha realizado con dedicación y responsabilidad, además con la importante colaboración y guía del tutor y de las autoridades del Instituto de Neurociencias, brindando las facilidades y ayuda posible para la realización de este trabajo.

3.1.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños y niñas atendidos por consulta externa en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.
- Niños y adolescentes con un rango de edad entre 5 a 15 años.
- Niños y adolescentes atendidos en el periodo de estudio (2014).
- Niños y adolescentes con diagnóstico definitivo de Trastorno Depresivo y sus variantes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños y adolescentes que no se les hubiese dado diagnóstico definitivo de Trastorno Depresivo.
- Niños y adolescentes que no fueron atendidos durante el tiempo de estudio.
- Niños y adolescentes con edades fuera del rango establecido.
- Niños y adolescentes que presentan daño cerebral y/o diagnósticos de patologías cerebrales orgánicas.

3.1.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES			
NOMBRE	DEFINICION	MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
EDAD	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	5-15 años	Cuantitativa
SEXO	Condición orgánica que distingue en masculino o femenino al ser humano, animal y planta	Masculino Femenino	Cualitativa
MOTIVO DE CONSULTA	Expresión del paciente por la que solicita atención al medico	Aislamiento, llanto, conducta antisocial, tristeza, culpabilidad, fatiga, hipersomnia, inatención, ideas de muerte, bajo rendimiento escolar, somatiza, agresividad, alteración de la sensopercepcion, falta de apetito, desesperanza, irritabilidad, consumo de sustancias, conducta suicida, descuido del aseo personal, aumento del apetito, insomnio,	Cualitativa

		baja autoestima, desobediencia	
DIAGNÒSTICO DEFINITIVO	Diagnostico final confirmado por pruebas o procedimientos diagnósticos.	F32.0 Episodio Depresivo Leve F32.1 Episodio Depresivo moderado F33.1 Episodio depresivo recurrente episodio actual	Cualitativa
COMORBILIDAD PSIQUIATRICA	Presencia de uno o mas trastornos psiquiátricos además de la enfermedad o trastorno primario	F19 trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de múltiples drogas F91 trastorno de conducta F90 trastornos hipercineticos G40 epilepsia F81 trastorno de las habilidades escolares	Cualitativa
EDAD DE DIAGNOSTICO	Edad cronológica en la cual se detecta o diagnostica una patología dada	7-15 años	Cualitativa
PADRES DIVORCIADOS	Intención por la que se da terminada la unión conyugal	Si o No	cualitativo

3.1.8 OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Para la elaboración de esta tesis y haber podido determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes del Trastorno depresivo, se procedió a recopilar todas las

3.1.10 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

Los recursos utilizados fueron el personal del Instituto de Neurociencias, que pusieron a disponibilidad sus conocimientos y experiencias, contribuyendo a la elaboración de esta tesis, muy en especial a mi tutora que de manera desinteresada, oportuna, amable y precisa supo guiarme y ofrecer sus conocimientos para contribuir a la elaboración de este proyecto.

De igual manera los recursos físicos empleados para la elaboración de esta tesis fueron los siguientes:

- Computadores del departamento de docencia e investigación del Instituto de Neurociencias
- Computador portátil personal
- Impresora personal
- Artículos de revisión, revistas médicas, compendios, libros, revisiones bibliográficas, facilitadas por la Biblioteca del Instituto de Neurociencias.

3.2 MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo.

3.2.2 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Se realizó un oficio de manera escrita y formal para la solicitar datos al Instituto de Neurociencias y permiso para acceder a las historias clínicas de los pacientes que se requerían para este estudio.

Siempre aplicando la confidencialidad de los datos obtenidos, y un manejo responsable de la información a la cual se estaba accediendo.

3.2.3 METODOLOGÍA

El método utilizado en esta investigación fue descriptivo retrospectivo y se examinó la relación individual entre cada variable.

Las estadísticas se realizaron utilizando el programa SPSS versión 18, donde se demostró la validez de los datos donde se valoró la matriz, como los valores son superiores a 0.3 se puede considerar que la matriz es adecuada para el análisis de factores.³⁷

Correlation Matrix^a

		edad del paciente	sexo del paciente	edad del diagnostico
Correlation	edad del paciente	1,000	,325	1,000
	sexo del paciente	,325	1,000	,325
	edad del diagnostico	1,000	,325	1,000

En la prueba de KMO de adecuación del muestreo se obtuvo una medida de 0.664, que es superior 0.6. Mientras que la prueba de esfericidad de Barlett indica una significancia de 0.000, el cual es menor al valor máximo de 0.05. Estos resultados nos permiten concluir que los datos son adecuados para análisis de factores³⁷.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,664
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	149,129
	df	3
	Sig.	,000

CAPITULO IV

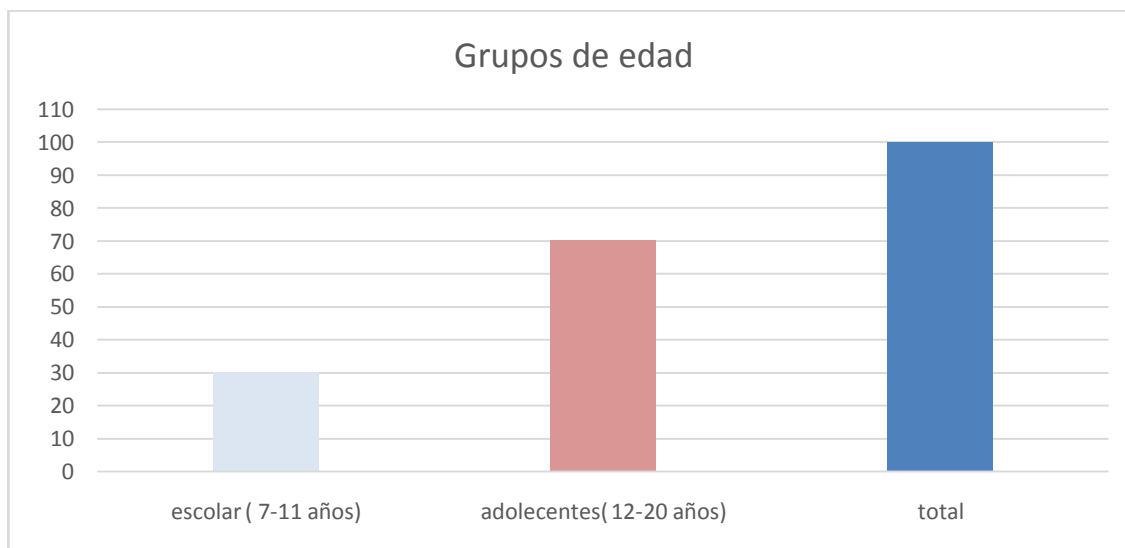
4. RESULTADOS Y DISCUSION

Se analizaron 153 historias clínicas de pacientes atendidos en la consulta externa del INC, aplicando los criterios de exclusión se obtuvo un total de 100 pacientes.

TABLA 1

Grupos de edad	
Edad	Pacientes
escolar (7-11 años)	30
adolescentes(12-20 años)	70
Total	100

GRAFICO 1



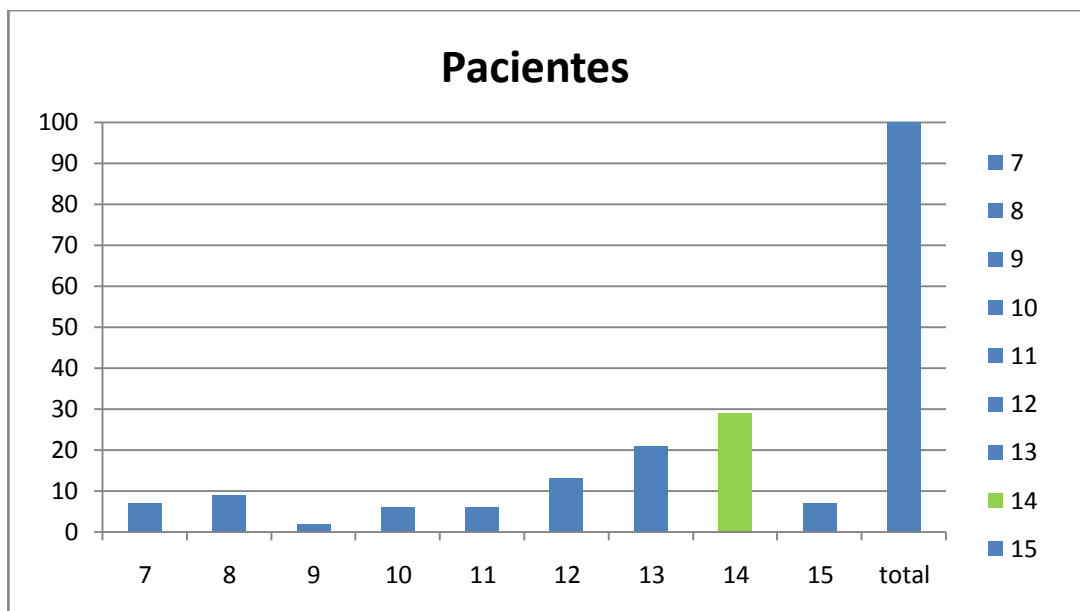
Como primer resultado se obtuvo que el diagnóstico de Trastorno Depresivo se diagnóstica con más frecuencia en adolescentes con 70 casos, que representan el 70% de la muestra estudiada; en relación a los casos diagnosticados a edad escolar (7-11 años) que fueron de

30 pacientes que corresponden al 30% de la muestra estudiada, teniendo como un promedio de edad de 12 años (TABLA 1, GRAFICO 1).

TABLA 2

Edad en años	Pacientes
7	7
8	9
9	2
10	6
11	6
12	13
13	21
14	29
15	7
total	100

GRAFICO 2



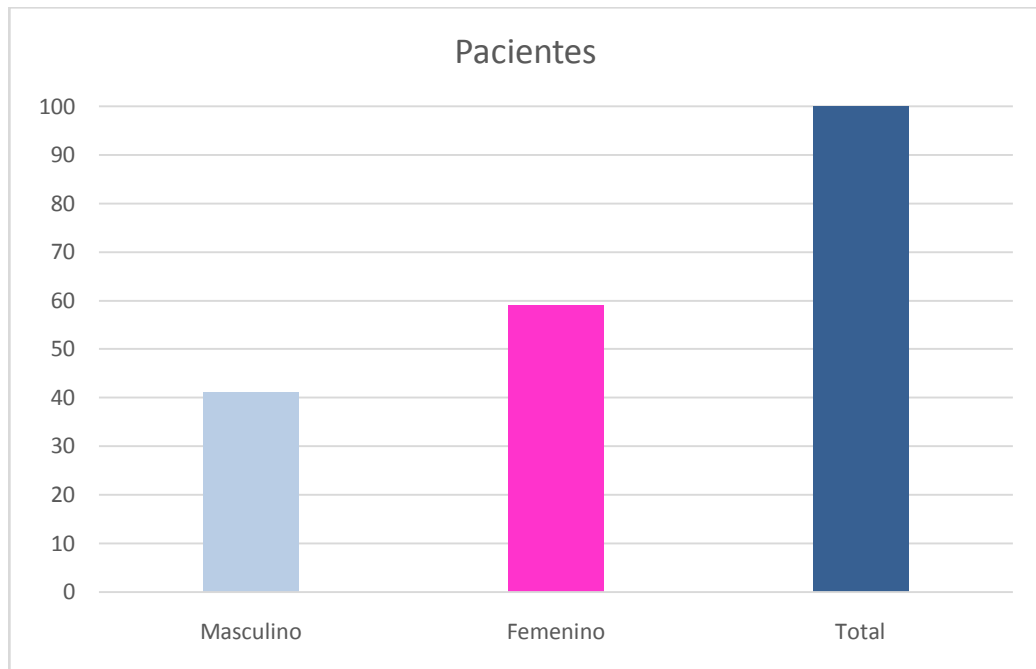
Ahora analizando los resultados de los pacientes con trastorno depresivo, por edad en años, se obtiene una mayor frecuencia en adolescentes de 14 años, con 29 pacientes, representando un 29% de la nuestra población en estudio (TABLA 2, GRAFICO 2).

Pudiéndose comparar con otro estudio realizado, en el que se determinó que la mayor prevalencia de trastorno depresivo en población juvenil es en adolescentes de 15 años.⁷

TABLA 3

Sexo	Pacientes
Masculino	41
Femenino	59
Total	100

GRAFICO 3



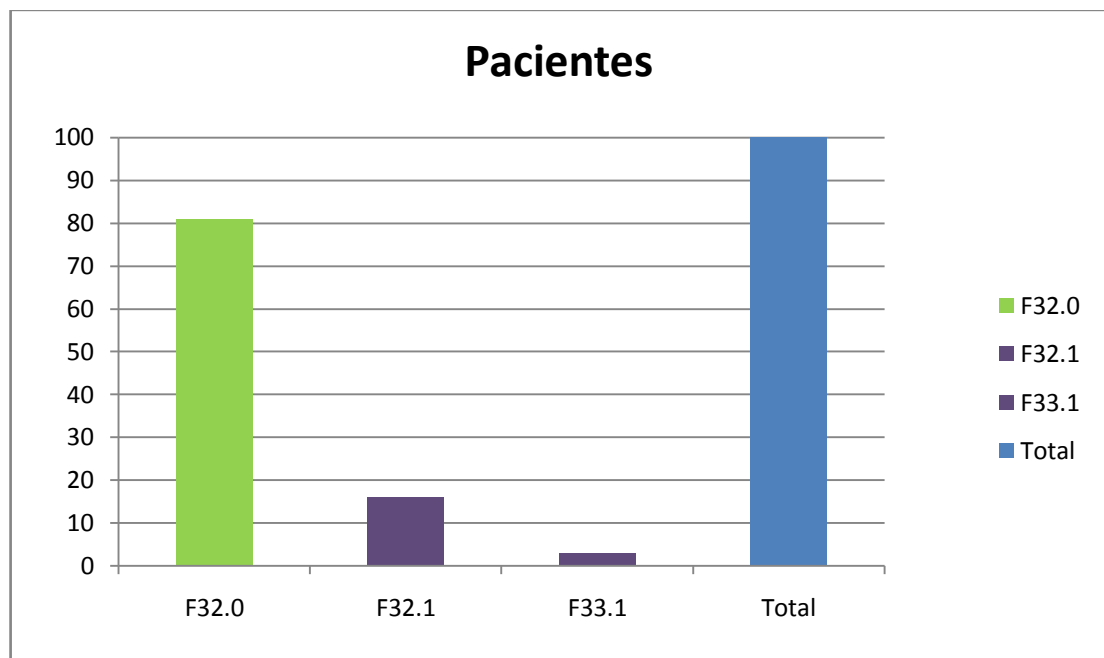
En este estudio se determinó que el Trastorno depresivo tiene un predominio en el sexo femenino con un total de 59pacientes que corresponden al 59%, en relación a los 41 pacientes de sexo masculino, representando 41% de todos los pacientes de la muestra. (TABLA 3, GRAFICO 3).

Comparándose con una investigación, en el que se determina que hay un predominio del trastorno depresivo en el sexo femenino en comparación con el masculino, en esa población estudiada se pudo determinar una relación 2:1, femenino y masculino respectivamente ²⁹.

TABLA 4

Diagnostico	Pacientes
F32.0 Episodio depresivo moderado	81
F32.1 Episodio depresivo moderado	16
F33.1 trastorno depresivo recurrente	3
Total	100

GRAFICO 4

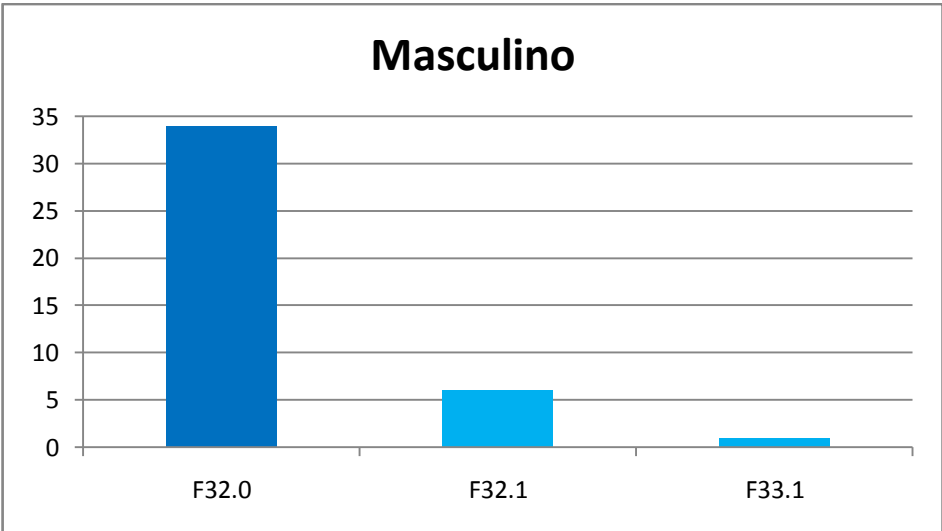


En esta muestra se puede determinar que la mayor parte de los pacientes cursan por un episodio depresivo leve, teniendo así que 81 pacientes (81%) fueron diagnosticados con F32.0 (Episodio Depresivo leve); mientras que 16pacientes (16%) de nuestra muestra presentaron Episodio Depresivo moderado (F32.1), y tan solo el 3% (3 de los pacientes de la muestra) presentaron Trastorno depresivo recurrente (F33.1) (TABLA 4, GRAFICO 4).

TABLA 5

NIÑOS	
Diagnostico	Pacientes
F32.0 Episodio depresivo leve	34
F32.1Episodio depresivo moderado	6
F33.1trastorno depresivo recurrente	1
Total	41

GRAFICO 5

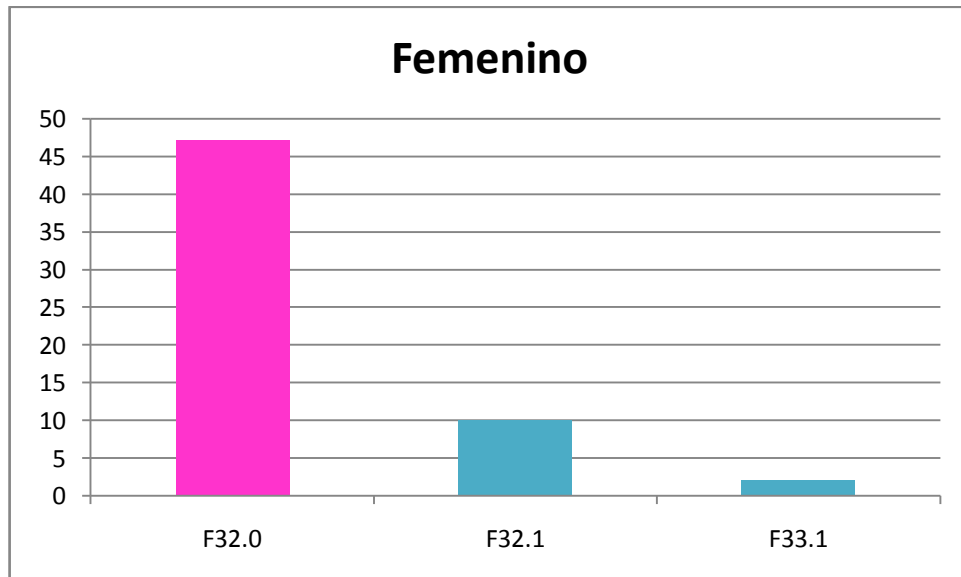


Los resultados de este estudio en la población del sexo masculino, se pudo determinar que predomina el Episodio Depresivo leve (F32.0) con 34 pacientes (82.92%), Episodio depresivo moderado (F32.1) con 6 pacientes (14.63%), y Trastorno depresivo recurrente (F33.1) con 1 paciente (2.43%). (TABLA 5, GRAFICO5).

TABLA 6

NIÑAS	
Diagnostico	Pacientes
F32.0 Episodio depresivo leve	47
F32.1 Episodio depresivo moderado	10
F33.1trastorno depresivo recurrente	2
Total	59

GRAFICO 6



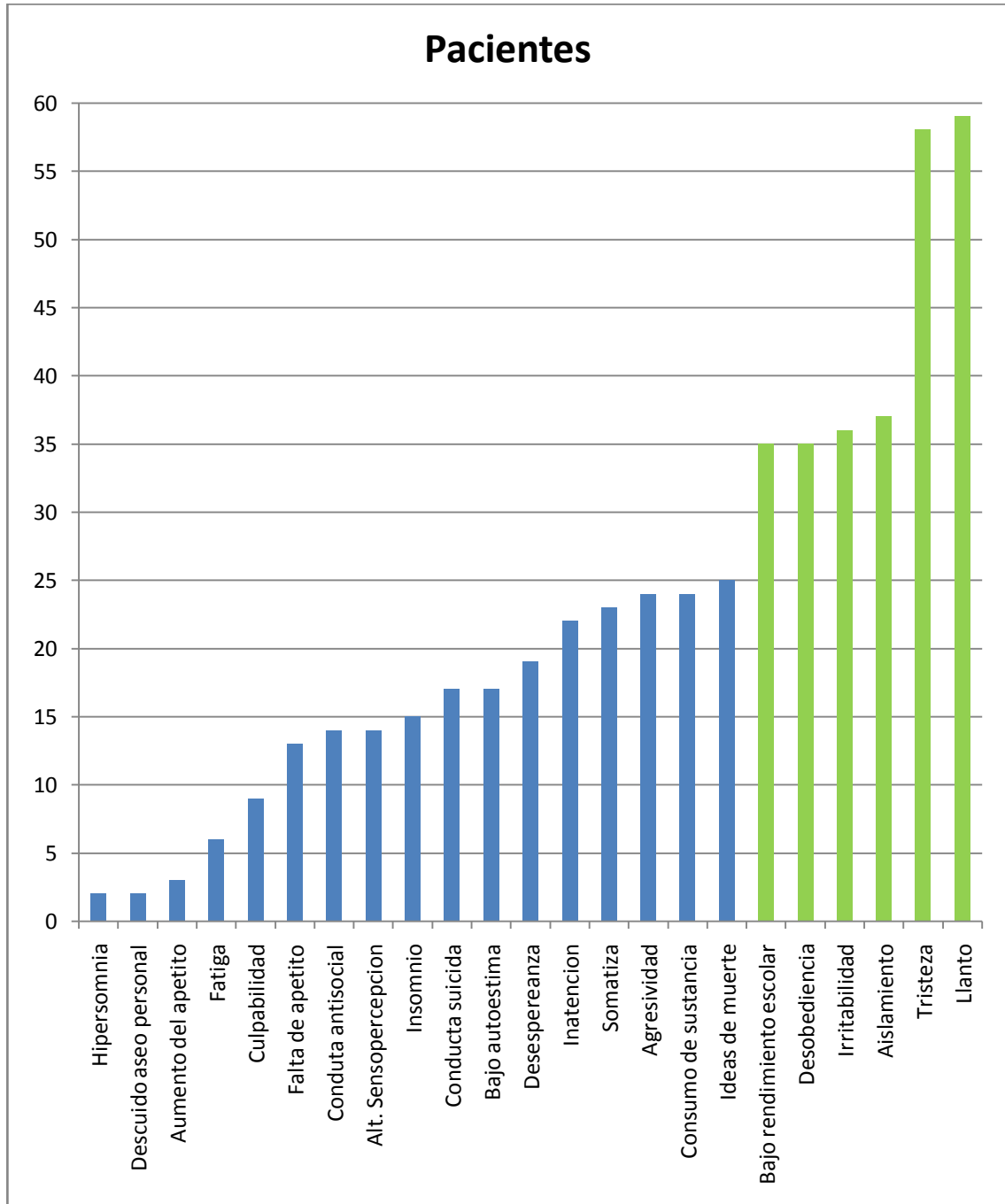
Los resultados de este estudio en la población del sexo masculino, se pudo determinar que predomina el Episodio Depresivo leve (F32.0) con 47 pacientes (79.66%), Episodio

depresivo moderado (F32.1) con 10 pacientes (16.94%), y Trastorno depresivo recurrente (F33.1) con 2 paciente (3.38%). (TABLA 6, GRAFICO 6)

TABLA 7

Motivo de consulta	Pacientes
Hipersomnia	2
Descuido aseo personal	2
Aumento del apetito	3
Fatiga	6
Culpabilidad	9
Falta de apetito	13
Conducta antisocial	14
Alteración de la Sensopercepcion	14
Insomnio	15
Conducta suicida	17
Bajo autoestima	17
Desesperanza	19
Inatención	22
Somatiza	23
Agresividad	24
Consumo de sustancia	24
Ideas de muerte	25
Bajo rendimiento escolar	35
Desobediencia	35
Irritabilidad	36
Aislamiento	37
Tristeza	58
Llanto	59

GRAFICO 7



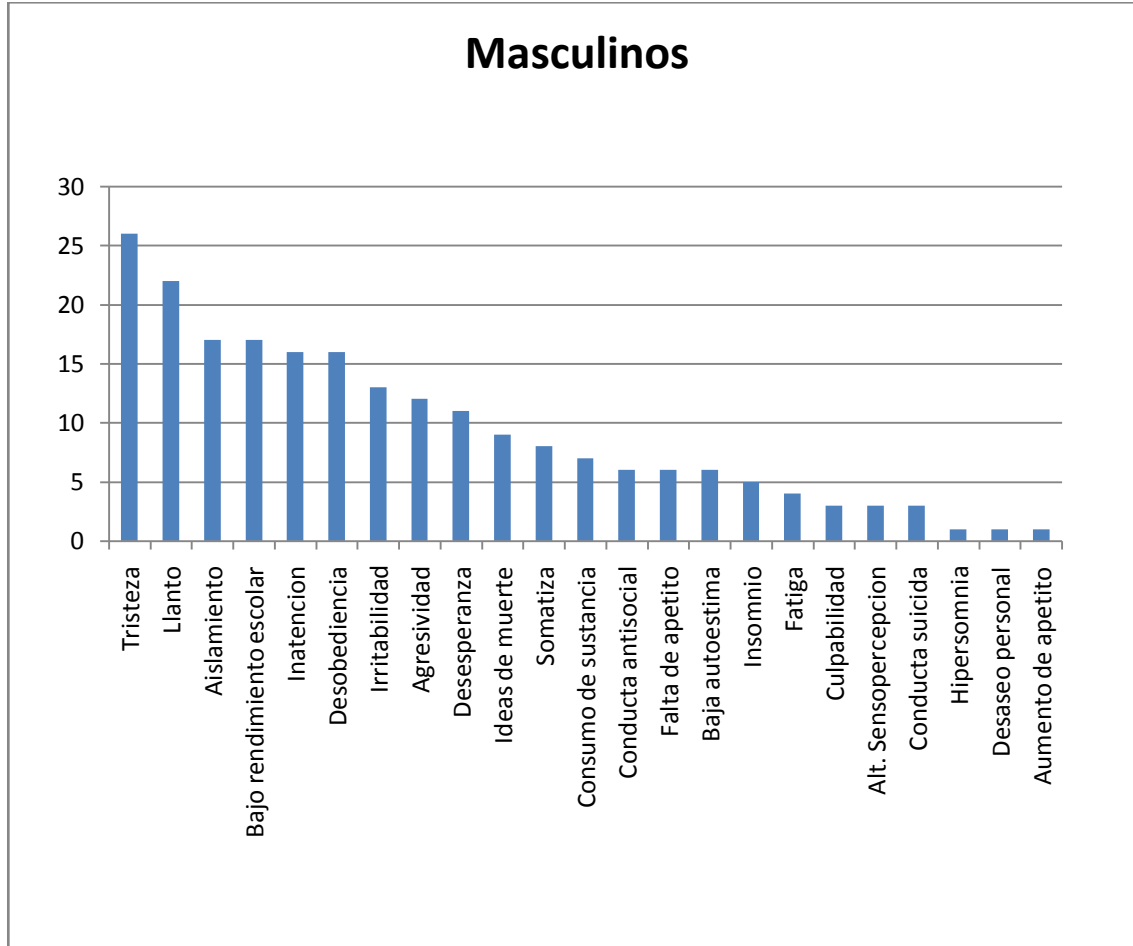
De la muestra en estudio se pudo determinar que los motivos de consulta más frecuente por la que acudían a la consulta externa del INC, eran en orden de frecuencia: llanto 59%,

tristeza 58%, aislamiento 37%, irritabilidad 36%, desobediencia y bajo rendimiento escolar un 35% respectivamente (TABLA 7, GRAFICO 7).

TABLA 8

Motivo de consulta	Pacientes del sexo masculino
Tristeza	26
Llanto	22
Aislamiento	17
Bajo rendimiento escolar	17
Inatención	16
Desobediencia	16
Irritabilidad	13
Agresividad	12
Desesperanza	11
Ideas de muerte	9
Somatiza	8
Consumo de sustancia	7
Conducta antisocial	6
Falta de apetito	6
Baja autoestima	6
Insomnio	5
Fatiga	4
Culpabilidad	3
Alteración de la Sensopercepcion	3
Conducta suicida	3
Hipersomnia	1
Desaseo personal	1
Aumento de apetito	1

GRAFICO8

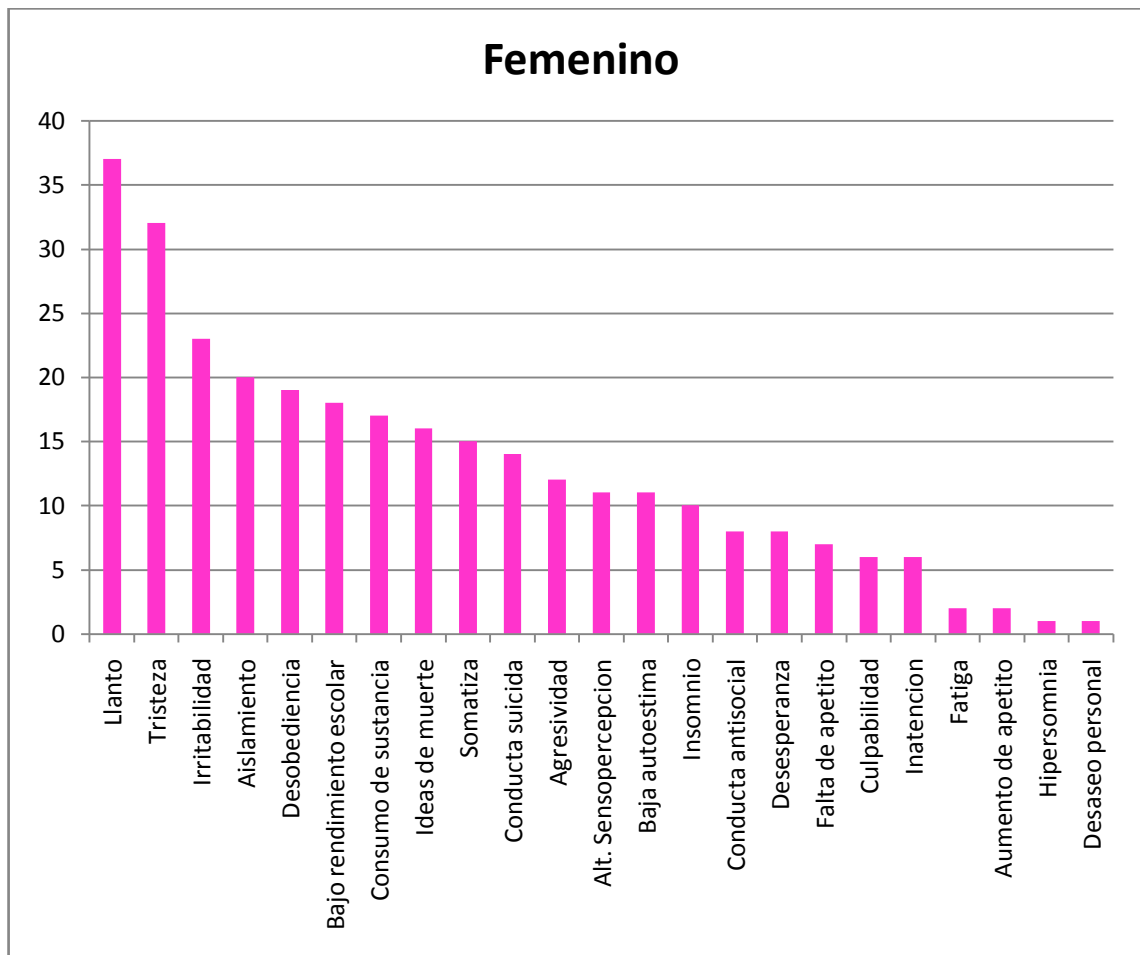


De acuerdo al sexo masculino, los motivos de consulta por la que más frecuentan las consultas son: tristeza 26 pacientes (63%), llanto 22 pacientes (53%), aislamiento y bajo rendimiento escolar, 17 pacientes respectivamente cada uno (41%) (TABLA 8, GRAFICO 8).

TABLA 9

M. de consulta	Pacientes del sexo femenino
Llanto	37
Tristeza	32
Irritabilidad	23
Aislamiento	20
Desobediencia	19
Bajo rendimiento escolar	18
Consumo de sustancia	17
Ideas de muerte	16
Somatiza	15
Conducta suicida	14
Agresividad	12
Alt. Sensopercepcion	11
Baja autoestima	11
Insomnio	10
Conducta antisocial	8
Desesperanza	8
Falta de apetito	7
Culpabilidad	6
Inatención	6
Fatiga	2
Aumento de apetito	2
Hipersomnia	1
Desaseo personal	1

GRAFICO 9

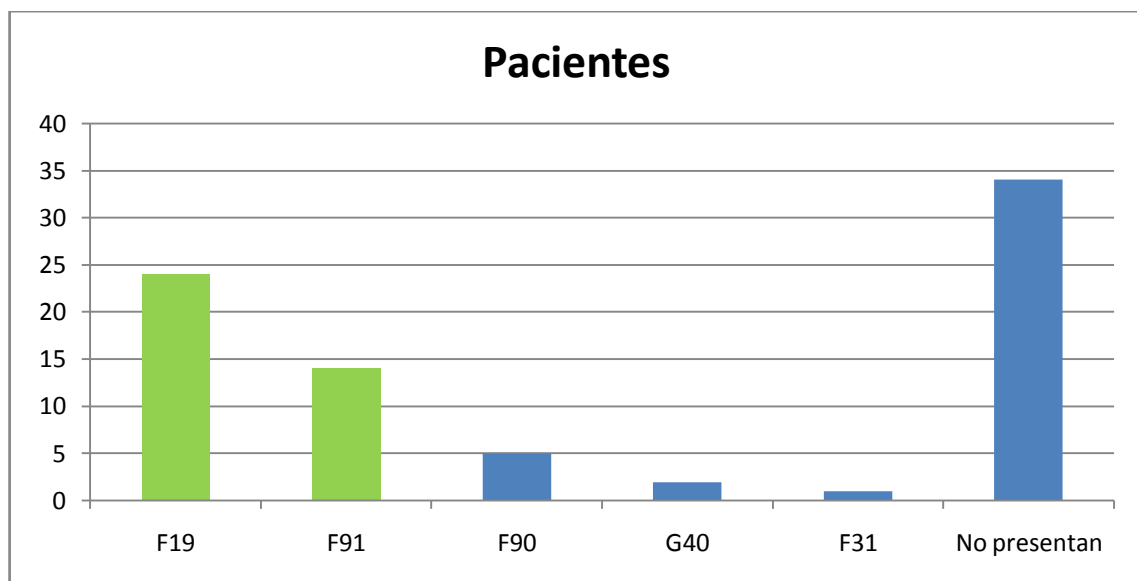


De acuerdo al sexo femenino, los motivos de consulta por la que más frecuentan las consultas son: llanto 37 pacientes (62%), tristeza 32 pacientes (54%), irritabilidad 23 pacientes (38%), aislamiento 20 pacientes (33%), y desobediencia 19 pacientes (32%) (TABLA 9, GRAFICO 9).

TABLA 10

Diagnostico	Pacientes
F19Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas	24
F91 trastorno de conducta	14
F90trastornos hipercineticos	5
G40 epilepsia	2
F31trastorno bipolar afectivo	1
No presentan	34
total	100

GRAFICO 10



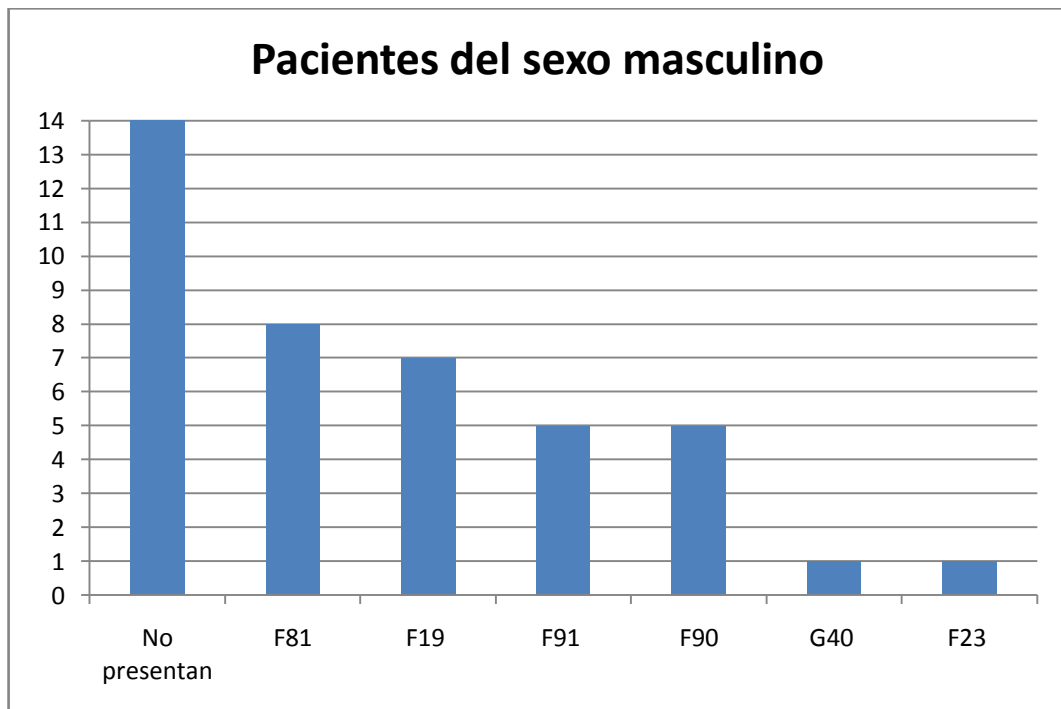
De nuestra poblacion estudiada se pudo identificar que el 66% , es decir 66 pacientes del estudio, presentan comorbilidades psiquiatricas, y el 34% (34 pacientes) hasta el momento del estudio no presentaban otro trastorno psiquiatrico diferente al Trastorno Depresivo. De las comorbilidades psiquiàtricas màs frecuentes, se pudo determinar que los Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otros psicotropicos, establecidos en el CIE-10 con el codigo F19, representa el 29% (29 pacientes), seguido del trastorno de conducta (F91) con 14% (14 pacientes). Con una

menor frecuencia se identificaron trastornos hipercinéticos (F90), y trastorno bipolar afectivo (F31), con un 5% (5 pacientes) y 1% respectivamente (TABLA 10, GRAFICO 10).

TABLA 11

Comorbilidad	Pacientes masculinos
No presentan	14
F81 trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	8
F19 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas	7
F91 trastorno de conducta	5
F90 trastornos hipercinéticos	5
G40 epilepsia	1
F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios	1
Total	41

GRAFICO 11



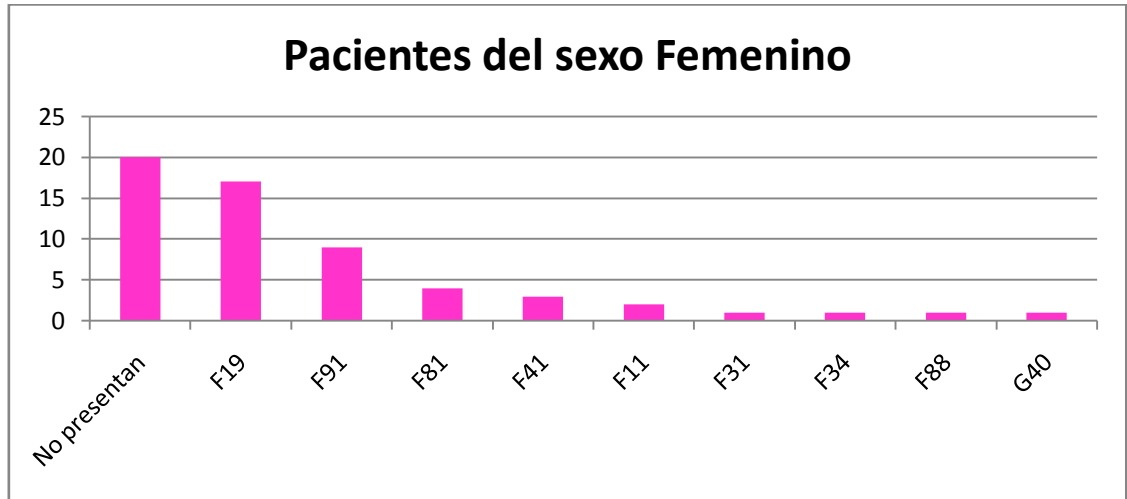
De nuestra población del sexo masculino se pudo identificar que el 34.14% , es decir 14 pacientes del estudio, no presentan comorbilidades psiquiátricas, y el 65.85% (27 pacientes) presentan otro trastorno psiquiátrico diferente al Trastorno Depresivo.

De las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en el sexo masculino, se pudo determinar que el trastorno de desarrollo específico de las habilidades académicas (F81) representa 19.51% (8 pacientes), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otras psicotropicas (F19) corresponden al 17% (7 pacientes), seguido del trastorno de conducta (F91) y trastornos hiperkinéticos (F90), ambos con el 12.19% de la muestra (5 pacientes respectivamente) (TABLA 11, GRAFICO 11).

TABLA 12

Comorbilidad	Pacientes de sexo femenino
No presentan	20
F19 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas	17
F91 trastorno de conducta	9
F81 trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	4
F41 trastorno de ansiedad	3
F11 trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de opiodes	2
F31 trastorno bipolar afectivo	1
F34 trastorno afectivo persistente	1
F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico	1
G40 epilepsia	1
Total	59

GRAFICO 12



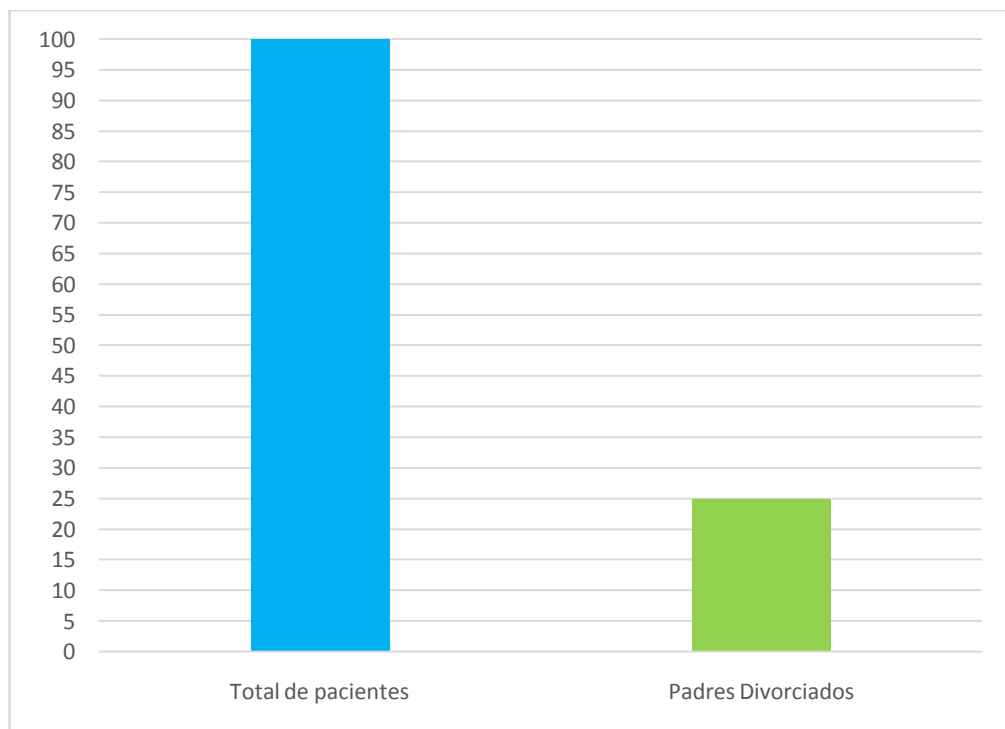
De nuestra población del sexo femenino se pudo identificar que el 33.89% , es decir 20 pacientes del estudio, no presentan comorbilidades psiquiátricas, y el 66.10% (39 pacientes) presentan otro trastorno psiquiátrico diferente al Trastorno Depresivo.

De las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en el sexo femenino, se pudo determinar que los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otras psicotropicas (F19) corresponden al 28.81% (17 pacientes), seguido del trastorno de conducta (F91) con el 15.25% de la muestra (9 pacientes), trastorno de desarrollo específico de las habilidades académicas (F81) representa 6.77% (4 pacientes), y en menor proporción otros trastornos de ansiedad (F41) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de opiodes (F11) (TABLA 12, GRAFICO 12).

TABLA 13

Total de pacientes	Padres Divorciados
100	25

GRAFICO 13



Analizando las historias clínicas de los pacientes en estudio, se encontró una relación de estos pacientes con trastorno depresivo, que existía un grupo de pacientes provenientes de un hogar desestructurado a causa del divorcio de sus padres, con un total de 25 pacientes; es decir el 25%, pudiéndose suponer una influencia en el padecimiento de esta patología. (TABLA 13, GRAFICO 13).

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

Siguiendo la frecuencia descrita en algunos estudios, se pudo determinar que el Trastorno Depresivo se diagnóstica con más frecuencia en adolescentes con 70 casos, que representan el 70% de la muestra estudiada; en relación a los casos diagnosticados a edad escolar (7-11 años) que fueron de 30 pacientes que corresponden al 30% de la muestra estudiada; teniendo con mayor frecuencia a 29 pacientes correspondientes a los adolescentes de 14 años de edad; como un promedio de edad de 12 años de nuestra población de estudio.

También se logró determinar que el trastorno depresivo tiene un predominio en el sexo femenino, sin embargo en nuestra población en estudio comparada con otras investigaciones no se cumplen la relación 2:1 (femenino: masculino), ya que en el sexo femenino contó con un total de 59 pacientes que corresponden al 59%, en relación a los 41 pacientes de sexo masculino, representando 41% de todos los pacientes de la muestra.

Se logró identificar que el diagnóstico que más predominó fue Episodio Depresivo leve(F32.0) con el 81% del total de la muestra; predominando también en ambos sexos, con un 82.92% (34 pacientes) en el sexo masculino, y el en sexo femenino el 79.66% (47 pacientes).

En cuanto a los motivos de consulta más frecuentes por la que acudían a la consulta externa del INC eran; llanto 59%, tristeza 58%, aislamiento 37%, irritabilidad 36%, desobediencia y bajo rendimiento escolar un 35% respectivamente. Existiendo una diferencia de acuerdo al sexo; en la población del sexo masculino los motivos de consulta más frecuentan: tristeza 26 pacientes (63%), llanto 22 pacientes (53%), aislamiento y bajo rendimiento escolar, 17 pacientes respectivamente cada uno (41%); y en la población femeninalos motivos de consulta más frecuente son: llanto 37 pacientes (62%), tristeza 32 pacientes (54%), irritabilidad 23 pacientes (38%), aislamiento 20 pacientes (33%), y desobediencia 19 pacientes (32%).

Se pudo demostrar que muy frecuentemente los niños y adolescentes que padecen con trastorno depresivo presentan también otras patologías psiquiátricas siendo esto muy frecuente de encontrar en las consultas psiquiátricas. De nuestra población estudiada se pudo identificar que el 66%, es decir 66 pacientes del estudio, presentan comorbilidades psiquiátricas. De las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes, se pudo determinar que los Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos, establecidos en el CIE-10 con el código F19, representa el 29% (29 pacientes), seguido del trastorno de conducta (F91) con 14% (14 pacientes).

Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en el sexo masculino fue el trastorno del desarrollo específico de las habilidades académicas (F81) con el 19.51%; y en el sexo femenino los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otras psicotrópicas (F19) con el 28,81%.

Analizando las historias clínicas de los pacientes en estudio, se encontró una relación de estos pacientes con trastorno depresivo, que existía un grupo de pacientes provenientes de un hogar desestructurado a causa del divorcio de sus padres, con un total de 25 pacientes; es decir el 25%, pudiéndose suponer una influencia en el padecimiento de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Harlow, H.F. Development of affection in primates. Pp. 157-166 in: Roots of Behavior (E.L. Bliss, ed.). New York: Harper. 1962.
- 2) Bowlby, John (2005). A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. Taylor & Francis. ISBN 978-0-415355-278.
- 3) National Institute of Mental Health Advisory Council Workgroup Report: Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health. Bethesda, Maryland, National Institute of Mental Health, 2001.
- 4) American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. WashingtonDC: American Psychiatric Association 1994.
- 5) Al-Balhan, E. M. (2006). The Children's depression inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwaiti youth. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34(4)351–366.
- 6) Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia, Ángela Rodríguez de Cossío, , Residente Medicina Familiar y Comunitaria, Olvido Granada Jiménez Unidad Docente de Toledo. *Psiquiatra. Hospital Virgen de la Salud de Toledo*. Aceptado para su publicación el 16 de enero de 2007.
- 7) National Institute of Mental Health Advisory Council Workgroup Report: Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health. Bethesda, Maryland, National Institute of Mental Health, 2001
- 8) Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual For the Child Behavior Checklist And Revised Child Behavior Profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- 9) Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. *Guías clínicas Fisterra*. 2003 [1 octubre 2007];
- 10) Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.

- 11) Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? . Am J Psychiatry. 1999;156:133-5.
- 12) Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry. 1998;55:56-64.
- 13) Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwel Publishing; 2005.
- 14) Acuña R, Ausejo M, Cruz MA, Fernández I, Graell M, Herráez C, et al. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la depresión infanto-juvenil. En: Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental, febrero/2006-Nº3, 1-19. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid
- 15) Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- 16) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.
- 17) Association, american psychiatric (octubre 2014). guía de consultas de los criterio diagnosticos del DSM-V. En A. A. 2014. españa: editorial medica panamericana.
- 18) Schwab-Stone, M. E. y Briggs-Gowan, M. J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. En P. Ferrari (Ed.), Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment (pp. 2-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- 19) Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R. y Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Psicothema, 12, 525-532.
- 20) Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez Bernardos, M. L., Bersabe, R. M. y Montsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. Clínica y Salud, 6, 67- 82.

- 21) Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A. y Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305-311.
- 22) Serafín Lemos Giráldez La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio, *Papeles del Psicólogo*, vol. 24, núm. 85, mayo-agosto, 2003, pp. 19-28, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos España.
- 23) http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado04/definicion.html.
- 24) Robert A. Kowatch, MD, Graham J. Emslie, MD, y BETSY D. Kennard, Ps y D, *Trastornos del estado de ánimo*, capítulo 8 , página 128
- 25) Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global Burden Of Disease Study.
- 26) González-Forteza C, Jiménez-Tapia JA, Ramos-Lira L, Wagner F. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Sal PúbMéx* 2008;50:4.
- 27) Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de Méx* 2005; 47(1): 4-11.
- 28) Kessler RC, Mc Gonagle KA, Nelson CB, et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey, 2: Cohort effects. *J AffectDisord* 1994; 30:15-6.
- 29) Ong SH, Wickramaratne P, Tang M, Weissman MM. Early childhood sleep and eating problems as predictors of adolescent and adult mood and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2006;96(1-2):1-8.
- 30) Ángela Rodríguez de Cossío, Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Toledo; Olvido Granada Jiménez Psiquiatra. Hospital Virgen de la Salud de Toledo; Recibido el 4 de diciembre de 2006. Aceptado para su publicación el 16 de enero de 2007.
- 31) Charney, E., J. Sayre, and M. Coulter. 1980. Increased lead absorption in inner city children: where does the lead come from. *Pediatrics* 65:226-231.

- 32) Boyer P. Do anxiety and depression have a common pathophysiological mechanism? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;(406):24-9.
- 33) Ressler KJ. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathology of depression and anxiety disorders. *DepreesAnxiety* 2000;12 Suppl 1:2-19.
- 34) Nikisch G, Mathe A. Long-term citalopram administration reduces responsiveness of HPA axis in patients with major depression: relationship with S -citalopram concentrations in plasma and cerebrospinal fluid (CSF) and clinical response. *Psychopharmacology*2005;181: 751-60.
- 35) Himmerich H, Zimmermann P. Changes in the Hypothalamic- Pituitary-Adrenal Axis and Leptin Levels during Antidepressant Treatment. *Neuropsychobiology* 2007; 8:55(1):28-35.
- 36) Durant RH, Altman D, Wolfson M, Barkin S, Kreiter S, Krowchuk D. Exposure to violence and victimization, depression substance abuse, and the use of violence by young adolescents. *J Pediatr* 2000; 137: 707-713.
- 37) Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual*. Crows Nest, NSW, Australia: Allan & Unwin.

